



This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

### Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

- + *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
- + *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
- + *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
- + *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

### About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at <http://books.google.com/>

LAKE MEDICAL LIBRARY STANFORD  
1971 J123  
2  
Handbuch der Krankenversorgung und krank





**LANE**

**MEDICAL**



**LIBRARY**

**LEVI COOPER LANE FUND**

DR. F. W. VOWINCKEL.





**HANDBUCH**  
DER  
**KRANKENVERSORGUNG**  
UND  
**KRANKENPFLEGE**

HERAUSGEGEBEN

VON

**Dr. GEORG LIEBE, Dr. PAUL JACOBSON, Prof. Dr. GEORGE MEYER.**

ZWEITER BAND.  
**ERSTE ABTHEILUNG.**

BERLIN 1902.  
VERLAG VON AUGUST HIRSCHWALD.  
NW. UNTER DEN LINDEN 13.

Alle Rechte, auch das der Uebersetzung in fremde Sprachen,  
sind vorbehalten.

Verlag von Julius Springer

- bis 38. Anordnung der Krankenbetten, S. 39. Betttafeln, S. 39. Construction der Krankenbetten, S. 39—43. Betten für specielle Zwecke, S. 41—43. Für Extensionszwecke, S. 41, für kranke Kinder, S. 42—43, für Geisteskranke, S. 42. Bettboden, S. 43—45. Verschiedene elastische Metallböden, S. 43—46. Nachttische, S. 45—48. Krankenstühle und Krankensessel, S. 48—49. Kranken- und Verbandtische, S. 49—50. Waschvorrichtungen für Kranke, S. 51. Beleuchtungsvorrichtungen, S. 52. Beheizung, S. 53. Temperatur, S. 53. Brennmaterial, S. 54. Lüftungsvorrichtungen, S. 54. Luftanfeuchtungs- und Verdunstungsapparate, S. 56. Blumenschmuck, S. 55—57. Uhren, S. 59. Wandbilder, S. 60.
- b) Innere Einrichtung und Ausstattung der Nebenräume, S. 60—63.  
Tageräume für Leichtkranke, S. 60—61. Ausstattung, S. 62. Speisesäle, S. 62. Erholungsräume, Lese-, Schreib- und Spielsäle S. 63. Beschäftigungssäle zum Malen, Zeichnen etc., Krankenwerkstätten, S. 63. Abort- und Baderäume, S. 63—65.
- c) Die Umgebung der Hospitäler, S. 65—67.  
Lage der Anstalten, S. 66. Gärten, benachbarte Waldungen, S. 66 bis 67. Veranden, Wandelhallen, Ruheplätze, S. 67.
- d) Krankencomfort für bestimmte Maassnahmen der Krankenpflege, S. 67 bis 170.
- α) Lagerung der Kranken, S. 69—83.  
Ausstattung der Betten, S. 69—72. Matratzen, S. 69—70. Füllmaterial, S. 70. Unterlagen, S. 70. Lakenspanner, S. 71—72. Bettdecken und -Kissen, S. 73. Stellbare Keilrahmen, S. 73—74. Polster, S. 74. Lagerung unreinlicher Kranker, S. 75. Gummiluftkissen, S. 76. Papierkissen, S. 78. Luftbetten, S. 78. Wasserkissen und -Matratzen, S. 79. Gesässstützen, S. 79. Fussrollen und -stützen, S. 80. Niveausteller, S. 81. Bettelevationsvorrichtungen, S. 81—82. Reifenbahnen, S. 82. Verdecke und Betteifen, S. 82—83. Insektenschutznetze, S. 83.
- β) Bekleidung der Kranken, S. 83—90.  
Hauptanforderungen, S. 83. Hospitalkleidung, S. 83. Kleidung beim Transport, S. 84. Aufbewahrung der Kleidung, S. 83—84. Bekleidung Bettlägeriger, S. 84. Krankenheimden, S. 84. Für Schwerkranke, S. 85—86. Wäschewechsel, S. 85. Kleidung der Pflegenden, S. 86. Desinfectionseinrichtungen für Krankenwäsche S. 86. Kleidung Umhergehender, S. 87—89. Fussbekleidung S. 89—90. Oberkleidung, S. 90. Kleiderschränke und Wäschebehälter, S. 90.
- γ) Reinhaltung der Kranken, S. 90—98.  
Reinhaltung der Umgebung, S. 90—91. Der Krankenräume, S. 92 Des Kranken, S. 92—98. Waschungen, S. 92. Krankentoilette S. 93. Nagelpflege, S. 93. Zehenreiniger, S. 94. Ohrenpflege, S. 94 Seifen, Schwämme, Frottirtücher, Seifhandschuhe, S. 95. Beseitigung von Parasiten, S. 95. Arbeiterhände, S. 96. Haut-, Mund-, Zahn pflege, S. 96—97. Reinigung der Zunge, S. 98.
- δ) Nahrungsdarreichung bei Kranken, S. 98—107.  
Gestaltung der Umgebung, S. 99. Tischzeug und Essgeräth, S. 99 Speisenanrichtung, S. 99—100. Speisentransportwagen S. 100



S. 164. Treppentragstühle, S. 164—165. Bettfahrrapparate, S. 165 bis 166. Fahrstuhl, S. 167. Hebeapparate, S. 168. Krankenwagen, S. 169. Vorrichtungen zum Baden Schwerkranker, S. 169—170.

5. Fürsorge für den Krankencomfot im Privathause, S. 170—176.

Aeusserer Verhältnisse, S. 170—171. Besondere Krankenzimmer, S. 171. Wahl und Lage, Umgebung des Krankenzimmers, Sorge für Ruhe, S. 171—172. Einrichtung und Ausstattung, S. 173. Improvisationen, S. 173—174. Verbilligung der Geräte, S. 174. Sanitätskästen, S. 174. Leihanstalten von Pflegemitteln, S. 174—175. Krankencomfot auf dem Lande, S. 175. Landkrankenstuben, Pflegeschränke, S. 175. Wanderkörbe für Wöchnerinnen, S. 175. Oeffentliche Belehrung über die Elemente der Krankenpflege, S. 176.

**II. Fürsorge auf dem Gebiete der Krankenwartung.** Von Dr. Paul Jacobsohn in Berlin.

1. Die Bedeutung der personellen Krankenpflege für die Krankenbehandlung, S. 177—179.

Einwirkung der belebten Umgebung, des Arztes, des Pflegepersonals, S. 177. Therapeutische Bedeutung der personellen Kräfte, S. 178. Psychische und technische Wirksamkeit. Beobachtung des Kranken, S. 178. Erhebung der Pflegethätigkeit zur ärztlichen Hülfsfähigkeit, S. 179.

2. Die Aufgaben der Krankenwartung, S. 179—181.

Abgrenzung der Aufgaben des Arztes und des Pflegepersonals, S. 179—180. Verständnissvolle und sachgemässe Ausführung der Verordnungen, S. 180. Eigentliche Pflegethätigkeit, S. 180. Umgang mit dem Kranken, S. 180, mit den Angehörigen S. 181. Berichtserstattung, S. 181.

3. Die ärztlichen Anforderungen an die Krankenwartung, S. 181—187.

a) Ethische Anforderungen, S. 181—184.

Ähnlichkeit des ärztlichen und des Pflege-Berufes, S. 181. Sittliche Qualifikation, S. 182. Charaktereigenschaften, S. 182—183. Natürliche Anlage und Schulbildung, S. 182. Specieller Berufspflichten, S. 183. Ethische Berufserziehung, S. 184.

b) Intellectuelle Anforderungen, S. 184.

Natürliche Intelligenz; Taktgefühl, S. 184.

c) Physische Anforderungen, S. 184—186.

Körperliche und geistige Anstrengungen bei der Krankenpflege S. 185. Gesundheit, Widerstandsfähigkeit. Ärztliche Begutachtung S. 185. Einwirkung auf den Kranken, S. 185. Alter der Pflegepersonen, S. 185—186.

d) Technische Anforderungen, S. 186—187.

Verhältniss zu den technischen Fortschritten, S. 186. Fachkenntnisse, Berufsschulung, S. 186. Practische Thätigkeit am Krankenhausbett, S. 186. Ueberblick des Thätigkeitsgebiets, S. 187.

4. Geistliche und weltliche Krankenpflege, S. 187—196.

Beginn auf geistlichem Boden; altchristliche Gemeindediakonie S. 187. Entwicklung der Hospitalpflege im Mittelalter, S. 188. Geistliche Orden, S. 188. Evangelische Genossenschaften, S. 189. Beginn der weltlichen Genossenschaften; Gesellschaften vom Rothe

Wärterinnen, S. 231. Wärter und Pfleger, S. 232. Krankenpflege und Hausarbeit, S. 232—234. Dienstpersonal, S. 234. Stellung des leitenden Arztes, S. 235. Aertzliche Verwaltungsthätigkeit, S. 235—236. Anstellung, Vertheilung, Entlassung des Pflegepersonals, S. 236. Stellung der Oberin zu den Pflegepersonen, zum Arzt, S. 236—237. Oberpfleger und Oberpflegerinnen, S. 237. Kleidung des Pflegepersonals, S. 237—240.

b) Personelle Krankenwartung in der Privatpflege, S. 240—260.

Unterschiede von der Hospitalpflege, S. 240—241. Therapeutischer Werth geschulter Pflege im Privathause, S. 241. Aeussere Verhältnisse, S. 242. Armenkrankenpflege, S. 242. Krankenpflege als humanitäre Thätigkeit und gewerblicher Beruf, S. 243. Angestellte und ehrenamtliche Gemeindepflegerinnen, S. 243—244. Volkshygienische Aufgaben, S. 244. Armenkrankenpflege in England, S. 245. Armenkrankenpflege auf dem Lande, S. 246—252. Bekämpfung der Kurfuscherei, S. 247. Gemeindediakonie-Verbände, S. 248. Landkrankenpflegerinnen, 249—250. Mitarbeit des Geistlichen, S. 251. Krankenbesucherinnen, S. 251. Krankenpflege in Städten, S. 252—260. Unentgeltliche Pflege, S. 253. Krankenpflegestationen, S. 253. Krankenpflege bei Unbemittelten, S. 253, bei Wohlhabenden, S. 254—260. Grenzen des Thätigkeitsgebietes, S. 255—256. Stellung der Privatpflegepersonen zum Arzt, zu den Dienstboten, S. 256—257. Fürsorge für die Privatpflegepersonen, S. 257. Verhältniss zum Kranken, S. 258. Individualisirende Pflege, S. 258. Verhältniss zu den Angehörigen, S. 258—259. Bedeutung der Pflegetracht, S. 259. Krankenernährung, S. 259. Krankenkostbereitung, S. 260. Krankenküchen, S. 260.

9. Specialkrankenpflege, S. 260—267.

Einfluss der Specialkrankenkenhäuser, S. 260—261. Specialärzte und Specialpflegepersonen, S. 261. Richtungen der Specialisirung, S. 261—262. Therapeutische Kritik, S. 263. Einseitigkeit, S. 263. Einheitlicher Ausbildungsgang und Befähigungsnachweis, S. 263. Allgemeine Krankenpflege als Grundlage jeder Pflegehätigkeit, S. 264. Ausbildung in Specialanstalten, S. 265. Thätigkeit in ihnen, S. 265—266. Aertzliche Anschauungen, S. 267.

10. Berufsmässige und nicht-berufsmässige Krankenpflege, S. 267—272.

Mangel an vollausgebildeten Berufspflegepersonen, S. 268. Ursachen, S. 268—269. Schwierigkeiten und Eigenthümlichkeiten des Berufes, S. 268—270. Die Scheu vor Kranken, S. 270. Ansteckungsgefahr im Krankenpflegeberuf, S. 271. Fremdartigkeit, sociale Sonderstellung desselben, S. 271. Laienkrankenpflege, S. 271—272.

### III. Fürsorge auf dem Gebiete des Krankenpflege-Unterrichts. Von Dr. Paul Jacobsohn in Berlin.

1. Krankenpflege-Unterricht für Mediciner, S. 272—281.

Entwicklung der Krankenpflege zu einer therapeutischen Specialdisciplin, S. 272—276. Krankenpflege als Theil der ärztlichen Thätigkeit, S. 273—274. Umfang der wissenschaftlichen Krankenpflege, S. 275. Stellung in der Therapie, S. 277—278. Methoden des Ausbaus, S. 278. Krankenpflege im Universitäts-Unterricht, S. 279—281. Krankenpflege-Sammlung, S. 279—280. Krankenpflege-Ausstellungen,

#### IV. Fürsorge auf dem Gebiete des Krankentransportwesens. Von I Dr. George Meyer in Berlin.

##### Einleitung.

Wichtigkeit des Krankentransportes, S. 338. Beziehung zur Kranken- und Gesundheitspflege, S. 339. Gesetz, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten, S. 340.

##### Geschichtliches.

Pestordnung von Ulm 1611, S. 341. Pestordnung der Stadt G 1695, S. 342. Pestordnung von Wien 1727, S. 343. Fiacre-Reglement 1740, S. 344. Verordnungen über Krüppelfahren, später I führen genannt, S. 345—353. Verordnungen des Gesundheits Comité's in Berlin 1831, S. 355. Regulativ von 1835, S. 356. Reich- Seuchengesetz, S. 357.

##### A. Allgemeine Regeln für die Ausführung von Krankentransporten.

Cito, tuto et jucunde, S. 358. Gegenanzeigen, S. 359. Verschiedenheit der Ausführung, S. 360. Thätigkeit des Arztes, der Pflege der Umgebung, S. 361—363. Der Kranke beim Transport, S. 364 bis 366. Verband- und Erfrischungsmittel, S. 366. Transport von Frauen (Schwangeren), Kindern, Geisteskranken, S. 367.

##### B. Besondere Maassnahmen für Krankentransporte.

###### I. Für Krankentransport zu Lande.

###### 1. Fortbewegung ohne Zuhülfenahme von Geräthschaften.

###### a) Durch eigene Kraft des Patienten.

Ohne Hülfe, mit Stock, Krücken, Stelzfüssen, S. 368—369.

###### b) Beförderung von Kranken durch andere Menschen.

Stützen, Führen, Aufheben, S. 369. Tragen, S. 370—371. Niederlegen, Absetzen, S. 371—372.

###### 2. Beförderung von Kranken mit Geräthschaften.

###### a) Durch tragbare Transportmittel.

###### α) Von Menschen getragene Krankentransportmittel.

Krankentragen.

Tragbahnen, S. 373. Geschichtliche Entwicklung, S. 374—375. Bau, Material, Gestalt, S. 376—380. Die Hängematte. Krankenbeförderung, S. 380. Kraxen, S. 381. Majewski'sche Traggeräthe, S. 382—383. Sänften, Stiegensessel, Deckenkammertragen, S. 384. Krankenheber, S. 384.

###### β) Von Thieren getragene Transportmittel.

Cacolets, Litières, S. 385. Schleifbahnen, Sanitätshurden, S. 386.

###### b) Beförderung von Kranken durch fahrbare Transportmittel.

###### α) Durch Menschenkraft fortbewegte.

###### 1. Räderbahnen.

Koppenstätter's Lagerstätte, S. 386—391. Bau und Anwendung verschiedener Räderbahnen, S. 392. Anwendung, S. 393. Tragbahnenvehikel, S. 394. Andere Systeme, S. 394—395.

###### 2. Krankentransportfahrräder, S. 395—396.

###### 3. Krankenstühle, S. 396.

Fahrbare Verbandgestelle, Bettfahrer, S. 397.

###### β) Durch Thiere fortbewegte fahrbare Krankenbeförderungsmittel.

###### 1. Krankenwagen.



Goercke's elastischer Krankentransportwagen und andere ältere Systeme, S. 397—399. Wiener Wagen, Bauart in anderen Städten, S. 399—401. Die äussere Gestaltung der Wagen, S. 401—403. Innere Einrichtung, S. 403—406. Besondere Einrichtung zur Beförderung kranker Kinder, S. 406. Verhütung der Stösse, S. 407. Theorie der Erschütterungen des fahrenden Wagens, S. 407—408. Elastisches Gestell für Krankentransport (George Meyer), System Merke, S. 409. Andere Constructionen, S. 410 bis 411. Unterschied der Krankentransportmittel für Friedens- und Kriegszwecke, S. 411—412.

2. Schlitten, S. 412.

Desinfection der Krankentransportgeräthe, S. 412—414.

γ) Durch verschiedene Triebkräfte fortbewegte fahrbare Krankentransportmittel.

1. Krankentransport auf Eisenbahnen.

Beförderung ansteckender Kranker, S. 414—416. Beförderung von Kranken und Verwundeten beim Heere, S. 416. System Linxweiler, S. 416. Einbringung von Kranken in Eisenbahnwagen, S. 417. Verordnungen über die Beförderung ansteckender Kranker auf Eisenbahnen in verschiedenen Ländern, S. 418—421. Berathungen über den Krankentransport auf Eisenbahnen auf Congressen, S. 421 bis 424. Bau von Eisenbahnkrankenwagen, S. 424 bis 425. Einrichtungen für Beförderung Kranker auf Eisenbahnen in Oesterreich-Ungarn, S. 426—428. Desinfection der Eisenbahnwagen, S. 428—430.

2. Beförderung von Kranken mit der Post, S. 430—432.

3. Krankentransport mittelst Strassenbahnen, S. 432.

4. Motoren, S. 433.

II. Besondere Maassnahmen für Krankentransport zu Wasser.

Beförderung auf Schiffen, S. 434—436. Die Hospital Ships in London, S. 436—440. Uebungen im Krankentransport auf Schiffen beim Rothen Kreuz, S. 440—442.

III. Besondere Maassnahmen für Krankentransport im Gebirge, S. 442—443.

IV. Besondere Maassnahmen für Krankentransport in Bergwerken, S. 444 bis 446.

V. Besondere Maassnahmen für Krankentransport durch Improvisation, S. 446—448.

C. Organisation des Krankentransportwesens.

I. In Grossstädten Deutschlands.

1. Berlin.

Beförderung von ansteckenden Kranken, Berliner Rettungsgesellschaft, S. 448—449. Beförderung von Verunglückten, S. 449. Zahlentafeln über die Art der Beförderung von Kranken in die drei städtischen Krankenhäuser, S. 450—451. Arbeiten über Krankentransportwesen, S. 452—454. Transport von Geisteskranken, S. 455.

2. Bremen, S. 455.

3. Breslau, S. 455—456.

4. Dresden, S. 456—457.

5. Frankfurt am Main, S. 457.
6. Hamburg, S. 457—461.  
Altona, S. 461.
7. Hannover, S. 461.
8. Kiel, S. 461—462.
9. Köln, S. 462.
10. Königsberg, S. 462.
11. Leipzig, S. 463.
12. Lübeck, S. 463—464.
13. München, S. 464—467.
14. Nürnberg, S. 467.
15. Stettin, S. 467—468.
16. Stuttgart, S. 468.
- II. In ausserdeutschen Europäischen Staaten.
  1. Belgien.  
Antwerpen, Brüssel, S. 469. Gent, Lüttich, S. 470.
  2. Bulgarien, S. 470.
  3. Dänemark, S. 471.
  4. Frankreich.  
Bordeaux, S. 471. Paris, S. 471—477. Marseille, Nantes, S.
  5. Grossbritannien.  
London, S. 477—485.
  6. Holland.  
Amsterdam, S. 485.
  7. Italien, S. 485.
  8. Oesterreich-Ungarn.  
Wien, S. 486—491. Budapest, S. 491—493.
  9. Russland.  
Lodz, Warschau, S. 493—494.
  10. Schweden und Norwegen.  
Stockholm, Christiania, 494.
  11. Schweiz, S. 494.
  12. Serbien, S. 495.
  13. Türkei, S. 495.
- III. In aussereuropäischen Ländern.
  - Englische Colonien, S. 495.
  1. Bolivia.  
Cochabamba, S. 495.
  2. Brasilien.  
Bahia, Rio de Janeiro, S. 495.
  3. Britisch Guayana, S. 495.
  4. Canada, S. 495.
  5. China.  
Hongkong, S. 496.
  6. Japan, S. 496.
  7. Kapland.  
Kapstadt, S. 496.
  8. Mexiko.  
Guanajuato, S. 496—497.
  9. Neu-Fundland, S. 497.

versicherungsamtes, S. 607—610. Zusammenwirken der Berufsge-  
 nossenschaften mit dem Rothen Kreuz, S. 610. Genossenschaft  
 freiwilliger Krankenpflieger im Kriege, Samaritervereine vom Rothen  
 Kreuz, Betheiligung der Feuerwehr am Rettungsdienste, S. 611.  
 Turnvereine, S. 612.

#### A. Allgemeine Organisation des Rettungswesens.

##### I. Einrichtung des Rettungswesens zu Lande.

###### 1. In einer grösseren Stadt.

Alte Zeiten 1681, 1710, S. 612. Aerzte, Krankenhäuser, S. 613—614.  
 Ständige Ausrüstung des Arztes für erste Hülfe, S. 614. Ueber  
 Technik der ersten Hülfe und des ersten Verbandes, S. 615—616.  
 Verbandpäckchen, S. 616—618. Unterhauteinspritzungen, S. 618. Ver-  
 bandkästen, Kästen zur Hülfe bei Vergiftungen, S. 618—620. Ver-  
 dichteter Sauerstoff, S. 620. Rettungswachen in Feuerwachen,  
 S. 620. Betheiligung der Aerzte am Rettungsdienst, S. 620—622.  
 Unterbringung Bewusstloser, S. 622. Rettungswachen in Polizei-  
 wachen, S. 623. Besondere Rettungswachen, S. 623. Lage derselben,  
 S. 624. Räumlichkeiten, Krankentransportstationen, S. 625. Wärter,  
 innere Einrichtung und Vertheilung der Räume, S. 626—627. Hilfs-  
 leistung seitens der Wachen, S. 628. Organisation des Rettungs-  
 dienstes durch Vereine vom Rothen Kreuz, Samaritervereine,  
 Rettungsgesellschaften, S. 628. Seitens der Behörden, S. 629—630.  
 Beförderung der Verunglückten, S. 630. Meldung der Unfälle.  
 Centrale, S. 631. Unfallmelder, S. 632—633.

###### 2. Einrichtung des Rettungswesens in kleineren Städten und auf den flachen Lande, S. 634—635.

##### II. Rettungswesen auf und am Wasser.

###### 1. Rettung aus Wassergefahr auf und an dem Meere.

###### a) Auf dem Meere.

Rettungsgeräthschaften, Rettungsringe, S. 635. Oel zur Beruhi-  
 gung der Wellen, Rettungsboote, andere Apparate zur Rettung  
 einzelner Personen, Instruction der Passagiere während der Fahrt  
 S. 636—637.

###### b) Rettung an den Meeresküsten (Küstenwehren).

Deutsche Gesellschaft zur Rettung Schiffbrüchiger, S. 638. Dä-  
 nische Gesellschaft, S. 638—639. Société centrale de Sauvetag  
 des Naufragés, Royal National Life-Boat Institution, Noord-  
 Zuid-Hollandsche Redding-Maatschappij, Norsk Selskab til Skib  
 brudnes Redning, Instituto de Socorros a Naufragos, S. 639  
 Russische Gesellschaft zur Rettung auf dem Wasser Verun-  
 glückter, S. 639—640. Rettungsdienst in Schweden, Sociada  
 Espanola de Salvamento de Naufragos, Life-Saving Service in de  
 Vereinigten Staaten von Nordamerika, Bergungsgesellschaften i  
 Montevideo, S. 640. Dainippon suinan kiusei kwai in Japan, S. 64  
 bis 641.

###### 4. Rettung aus Wassergefahr an Binnenwässern.

###### a) Wasserwehren.

Freiwillige Wasserwehr in Hirschberg, S. 641—642. Freiwillig  
 Wasserwehr des Turnvereins in Dannenberg, Kreiswasserwehr i  
 Marienburg, S. 642.



## b) Rettung an Flüssen Verunglückter.

Geräthschaften, alte Gesellschaften, Sociétés des Sauveteurs, S. 643. Englische Massregeln, S. 644—645. Rettungsgesellschaft der Wassersportvereine von Berlin und Umgegend, S. 645 bis 646. Statistik der Verunglückungen, S. 646—647. Rettung in oder auf dem Eise Verunglückter, S. 647. Wiederbelebungsversuche, S. 647—648.

## III. Rettungswesen auf den Eisenbahnen.

Art und Ursachen der Unfälle, S. 648—649. Statistik der Unfälle, S. 649—650. Maassregeln bei Eisenbahnunfällen, Rettungskästen, S. 651—652. Rettungswesen in Bayern, S. 653—654. In Oesterreich-Ungarn, S. 654—655. Sanitäts-Ambulanzwaggon der Wiener Freiwilligen Rettungsgesellschaft, S. 655—658. Frankreich, Belgien, S. 658.

## IV. Rettungswesen im Gebirge.

Alpine Rettungsgesellschaft Innsbruck, S. 659—662. Riesengebirge, Harz. S. 663.

## V. Rettungswesen in Bergwerken.

Alte Verordnungen, S. 663—664. Allgemeines Berggesetz in Preussen, S. 664. Zeche Shamrock, S. 665—666. Pneumatophore und Abänderungen, S. 666—670. Ostrau-Karwiner Steinkohlenrevier, Saarbrücker Knappschaftsverein, Steinkohlenbergwerk „König“, Oberbergamt Dortmund, England, S. 670. Frankreich, Spanien, S. 671.

## B. Specielle Einrichtungen für das Rettungswesen in einzelnen Ländern.

## I. Europa.

## 1. Deutschland.

## a) Berlin.

Polizeiliche Verordnungen, S. 671—673. Rettungsprämie, Rettungseinrichtungen am Flussufer, in Theatern, Vereine zur Beschaffung ärztlicher Nachthilfe, S. 673. Samariterverein vom Rothen Kreuz, Sanitätswachen, S. 674. Vorschläge des Aerztervereins von West-Berlin, S. 674—676. Instruction der Sanitätswachen, S. 676 bis 677. Berliner Unfallstationen, S. 677—679. Vorschläge von George Meyer 1893, 1894, S. 679—680. R. Kutner, S. 680. Thesen der Aerzte, S. 680—681. Berliner Rettungsgesellschaft, S. 681—683. Aerzterverein der Berliner Rettungsgesellschaft, S. 683.

## b) Altona, S. 684.

## c) Braunschweig, S. 684—685.

## d) Bremen, S. 685.

## e) Breslau, S. 685—687.

## f) Danzig, S. 687—788.

## g) Dresden, S. 688.

## h) Frankfurt am Main, S. 688—691.

## i) Hamburg, S. 691—693.

## k) Hannover, S. 694.

## l) Kiel, S. 694.

## m) Köln, S. 694—696.

## n) Königsberg, S. 696—697.

## o) Leipzig, S. 697—700.

- Chemnitz, S. 700.
- p) Lübeck, S. 700.
- q) München, S. 700—704.
- r) Nürnberg, S. 704.
- s) Stettin, S. 704—705.
- t) Stuttgart, S. 705.
2. Ausserdeutsche Europäische Staaten.
- a) Belgien.  
Brüssel, Antwerpen, S. 706.
- b) Bulgarien, S. 706—707.
- c) Dänemark.  
Kopenhagen, S. 707.
- d) Frankreich.  
Bordeaux, S. 707. Paris, S. 708—713.
- e) Griechenland, S. 713.
- f) Grossbritannien.  
London, Liverpool, S. 714. Colonien, S. 715.
- g) Italien.  
Mailand, Turin, Lucca, S. 715.
- h) Oesterreich-Ungarn.  
Wien, S. 715—719. Abbazia, S. 719—720. B  
Bruck a. M., S. 720. Brünn, S. 720—721. Budapest, S.  
Graz, S. 721—722. Kolozsvár, S. 722—723. Prag, S. 72  
724. Reichenberg, Temesvár, Triest, S. 724.
- i) Russland.  
Lodz, S. 724. Warschau, S. 724—727.
- m) Schweden und Norwegen.  
Stockholm, S. 727. Christiania, S. 727—728.
- n) Schweiz, S. 728.
- o) Serbien, S. 728—729.
- p) Spanien, S. 729.
- II. Aussereuropäische Länder.
1. Argentinien.  
Buenos Aires, S. 730.
2. Britisch Guaiana.  
Georgetown, S. 730.
3. Canada, S. 730.
4. Centralamerika, S. 730.
5. China.  
Hongkong, S. 730.
6. Englische Colonien, S. 730—731.
7. Japan, S. 731.
8. Kapland.  
Kapstadt, S. 731—732.
9. Malta.  
La Vallette, S. 732.
10. Mexiko.  
Mexiko, Guanajuato, S. 732.
11. Niederländisch-Indien, S. 732—733.

12. Oranje-Freistaat.  
Jagerfontein, S. 733.
13. Transvaal.  
Johannesburg, S. 733.
14. Uruguay.  
Montevideo, S. 733—734.
15. Vereinigte Staaten von Nordamerika.  
Detroit, San Francisco, S. 734. Milwaukee, S. 734—735. St. Paul,  
Philadelphia, Pittsburgh, S. 735.
- Schlusswort, S. 735—736.

**VI. Fürsorge für Kranke durch die Gesetzgebung (Krankenpflege-gesetzgebung).** Von Geh. Med.-Rath Dr. Dietrich in Berlin.

Vorwort, S. 737.

Theil I. Allgemeine Bestimmungen, S. 738.

- A. Strafgesetzbuch und Strafprocessordnung, S. 738.
  1. Strafgesetzbuch vom 15. Mai 1871, S. 738.
  2. Strafprocessordnung vom 1. Februar 1877, S. 744.
- B. Bürgerliches Gesetzbuch, Einführungsgesetz dazu, Civilprocessordnung, S. 744.
  1. Bürgerliches Gesetzbuch vom 18. August 1896, S. 744.
  2. Einführungsgesetz zum bürgerlichen Gesetzbuche vom 18. August 1896, S. 750.
  3. Civilprocessordnung vom 30. Januar 1877 und 17. Mai 1898, S. 752.
- C. Das Reichsgesetz über die Beurkundung des Personenstandes vom 6. Februar 1870, S. 753.
- D. Die Gewerbeordnung für das deutsche Reich in der Fassung vom 26. Juli 1900, S. 755.

Theil II. Besondere Bestimmungen, S. 762.

Abchnitt I. Besondere Bestimmungen über Krankenversorgung, S. 762.

- A. Fürsorge für Arbeiter im Allgemeinen, S. 762.
  1. Krankenversicherung, S. 762.
    - a) Krankenversicherungsgesetz vom 15. Juni 1883 und vom 30. Juni 1900, S. 762.
    - b) Gesetz, betreffend die Krankenversicherung der in land- und forstwirtschaftlichen Betrieben beschäftigten Personen, vom 5. Mai 1886.
    - c) Gesetz über die eingeschriebenen Hilfskassen vom 7. April 1876 in der Fassung vom 1. Juni 1884, S. 795.
  2. Unfallversicherung, S. 798.
    - a) Gesetz, betreffend die Abänderung der Unfallversicherungsgesetze, vom 30. Juni 1900, S. 798.
    - b) Gewerbe-Unfallversicherungsgesetz vom 6. Juli 1884 in der Fassung vom 30. Juni 1900, S. 803.
    - c) Unfallversicherungsgesetz für Land- und Forstwirtschaft vom 5. Mai 1886 in der Fassung vom 30. Juni 1900, S. 822.
    - d) Bau-Unfallversicherungsgesetz vom 30. Juni 1900, S. 828.
  3. Invalidenversicherung, S. 933.
    - a) Reichsgesetz vom 22. Juni 1889 in der Fassung vom 19. Juli 1899: Invalidenversicherungsgesetz. S. 833.

- b, Höchstgerichtliche Entscheidungen, S. 851.
    - Versicherungspflicht der Pflegepersonen, S. 851.
    - Die Erwerbsunfähigkeit im Sinne des Invalidenversicherungsgesetzes, S. 852.
    - Sonstiges, S. 856.
  - B. Besondere Fürsorge für gewerbliche Arbeiter, S. 859.
  - C. Fürsorge für Bergarbeiter, S. 861.
  - D. Fürsorge für Dienstboten, S. 865.
  - E. Fürsorge für Schiffsmannschaft und Passagiere, S. 866.
    - 1. Deutsche Seemannsordnung vom 27. December 1872, S. 866.
    - 2. Kranken-, Unfall- und Invalidenversicherung, S. 867.
    - 3. Vorschriften, betreffend die Krankenfürsorge auf Kauffahrteischiffer S. 878.
    - 4. Krankenfürsorge auf Auswandererschiffen, S. 882.
    - 5. Unterricht in der Gesundheits- und Krankenpflege für Schiffsmannschaften und Seesteuerleute, S. 883.
  - F. Fürsorge für Gefangene, S. 885.
    - 1. Reichsgesetzliche Bestimmungen, S. 885.
    - 2. Landesgesetzliche Bestimmungen, S. 890.
  - G. Fürsorge für Schüler und Waisen, S. 892.
    - 1. Die ärztliche Versorgung der Schulen, S. 893.
    - 2. Besondere Schuleinrichtungen für nicht normal begabte, aber unterrichtsfähige Kinder, S. 896.
    - 3. Unterricht epileptischer Kinder, S. 897.
    - 4. Unterricht nervenüberreizter Kinder, S. 898.
    - 5. Curse für stotternde Schulkinder, S. 899.
    - 6. Behandlung schwerhöriger Schulkinder, S. 899.
    - 7. Schliessung der Schulen bei ansteckenden Krankheiten und Verhütung ansteckender Krankheiten durch die Schulen, S. 901.
  - H. Fürsorge für Neugeborene, Kost- und Haltekinder, S. 906.
    - 1. Bestimmungen betreffend die Blennorrhoe der Neugeborenen, S. 906.
    - 2. Bestimmungen über die Schälblasen der Neugeborenen, S. 908.
    - 3. Bestimmungen über die eitrige Mittelohrentzündung bei Neugeborenen, S. 909.
    - 4. Kost- und Haltekinderwesen, S. 910.
  - I. Fürsorge für Frauen, S. 911.
  - K. Fürsorge für Unbemittelte, S. 917.
    - 1. Reichsgesetz über den Unterstützungswohnsitz, S. 917.
    - 2. Preussisches Ausführungsgesetz dazu, S. 921.
    - 3. Die ärztliche Behandlung der kranken Armen, S. 922.
- Abschnitt II. Besondere Bestimmungen über Krankenpflege, S. 925.
- A. Das Pflegepersonal, S. 925.
    - 1. Krankenpfleger, Krankenpflegerinnen, S. 925.
      - a) Stellung in der Gewerbeordnung, Anmeldepflicht, S. 925.
      - b) Versicherungspflicht, S. 925.
      - c) Anzeigepflicht bei ansteckenden Krankheiten, S. 925.
      - d) Ausbildung und Gewinnung ausreichend unterrichteter Pflegepersonen, S. 925.
      - e) Dienststellung und Einkommen der Pflegepersonen, S. 933.
      - f) Fahrpreismässigung für das Pflegepersonal, S. 946.
      - g) Zulassung der Pflegepersonen zu dem Apothekerberufe, S. 94

- h) Desinfection des Pflegepersonals, S. 952.
- i) Schutz der Schwesterntracht, S. 952.
- k) Schadenersatz für Unfall durch Krankenpflegepersonen, S. 953.
- 2. Heildiener, Heilgehülfen, Masseure, Badediener, S. 953.
  - a) Allgemeine Bestimmungen, S. 957.
  - b) Erlangung der Bezeichnung „staatlich geprüfter Heilgehülfe“ u. s. w., S. 953.
  - c) Gebühren der Heilgehülfen u. s. w., S. 954.
  - d) Arzneiabgabe durch Heilgehülfen u. s. w., S. 955.
  - e) Prämie für Wiederbelebungsversuche bei Scheintodten, S. 956.
- 3. Hebammen und Wochenpflegerinnen, S. 955.
  - a) Hebammen, S. 955.
    - α) Gewerbliche Verhältnisse der Hebammen, S. 955. .
    - β) Ausbildung der Hebammen, S. 957.
    - γ) Vorschriften über die Desinfection in der Hebammenpraxis, S. 958.
    - δ) Pflichten der Hebammen bei Ausübung ihres Berufs, Hebammenordnungen, Hebammenlehrbücher, S. 959.
    - ε) Beaufsichtigung der Hebammen, ihre Fortbildung, Nachprüfungen und Wiederholungskurse, S. 959.
    - ς) Das Einkommen der Hebammen, Gebühren, S. 960.
    - η) Bestrafung pflichtvergessener Hebammen, S. 961.
  - b) Wochenpflegerinnen, S. 962.
- B. Krankenanstalten, S. 965.
  - I. Allgemeines, S. 965.
    - 1. Erkrankungs- und Sterblichkeitsstatistik, S. 965.
    - 2. Beaufsichtigung, S. 966.
    - 3. Anlage, Bau und Einrichtung, S. 970.
    - 4. Verwaltung und Betrieb, S. 975.
    - 5. Das praktische Jahr der angehenden Aerzte in Krankenanstalten, S. 980.
    - 6. Arztliche Versuche an Menschen in Krankenanstalten, S. 981.
  - II. Besondere Bestimmungen über öffentliche Krankenanstalten, S. 982.
    - 1. Öffentliche Krankenanstalten im Allgemeinen, S. 982.
      - a) Begriff „öffentliche Krankenanstalt“, S. 982.
      - b) Steuer-, Gerichtskosten- und Einquartierungsbefreiung der öffentlichen Krankenanstalten, S. 982.
    - 2. Besondere Bestimmungen über öffentliche Kranken- und Entbindungsanstalten, S. 983.
    - 3. Besondere Bestimmungen über öffentliche Irrenanstalten, S. 984.
      - a) Betriebsordnungen für öffentliche Irrenanstalten, S. 984.
      - b) ärztliches Aufnahmeattest, S. 990.
      - c) Anzeigepflicht der Leiter von öffentlichen Irrenanstalten, S. 991.
  - III. Bestimmungen über Privatkrankenanstalten, S. 994.
    - 1. Privatkrankenanstalten im Allgemeinen, S. 994.
      - a) Begriff „Privatkrankenanstalt“, S. 994.
      - b) Concessionspflicht des Unternehmers, S. 995.
        - α) Verleihung der Concession, S. 995.
        - β) Verlust der Concession, S. 999.
        - αα) Erlöschen der Concession, S. 999.
        - ββ) Zurücknahme der Concession, S. 1000.

- γ) Gebühren der Concession, S. 1001.
    - c) Gewerbesteuerpflicht des Unternehmers, S. 1001.
    - d) Geschäftsführung des Unternehmers, S. 1002.
  - 2. Privatkranken- und Entbindungsanstalten, S. 1003.
  - 3. Privatirrenanstalten, S. 1003.
- C. Bestimmungen über die Behandlung und Verpflegung besonderer Kranker, S. 1013.
  - 1. Personen mit geistigen Gebrechen, S. 1013.
    - a) Allgemeines, S. 1013.
    - b) Die Unterbringung Geisteskranker in Anstaltspflege, S. 1013.
    - c) Transport Geisteskranker, S. 1018.
    - d) Fürsorge für die ausserhalb der Irrenanstalten in Familienpflege lebenden Geisteskranken, Idioten und Epileptiker, S. 1019.
    - e) Besondere Bestimmungen über Idioten und Epileptische 1020.  
Anhang: Vorschriften für die Pflege Geisteskranker, Blöder und Epileptischer, S. 1021.
  - 2. Personen mit körperlichen Gebrechen S. 1023.
    - a) Allgemeines, S. 1023.
    - b) Fürsorge in Anstalten, S. 1023.
    - c) Aerztliche und specialärztliche Fürsorge in Taubstummen-Anstalten, S. 1024.
    - d) Unterrichtszwang für alle taubstummen Kinder, S. 1025.
  - 3. Trinker, S. 1026.
    - a) Allgemeines, S. 1026.
    - b) Trinkergesetz, S. 1026.
  - 4. Ansteckende Kranke, S. 1027.
    - a) Reichsgesetz, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten, S. 1027.
    - b) Bekanntmachung, betreffend die vorläufigen Bestimmungen zur zur Ausführung des Gesetzes, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten, S. 1032.  
Desinfectionsanweisung bei Pest, S. 1034.  
Grundsätze für Maassnahmen im Eisenbahnverkehr zu Pestzeiten S. 1037.
    - c) Internationale Vereinbarungen zur Bekämpfung ansteckender Krankheiten, S. 1040.
    - d) Gesundheitspolizeiliche Controlle der einen deutschen Hafen anlaufenden Seeschiffe, S. 1047.
    - e) Betriebsordnung für den Kaiser Wilhelmscanal, S. 1590.
    - f) Allgemeine gesundheitspolizeiliche Hafenüberwachung, S. 1060.
    - g) Sonstige Bestimmungen, S. 1063.  
Anhang: Ueberwachung der Prostituirten, S. 1069.
- D. Krankentransport, S. 1071.
  - 1. Krankentransport auf der Eisenbahn, S. 1071.
  - 2. Fahrpreismässigung für Kranke, Blinde u. s. w. auf der Eisenbahn, S. 1073.
  - 3. Landesgesetzliche Bestimmungen über den Transport und das Reisen von Kranken, S. 1075.

Nachtrag: Gesetz zum Schutze des Genfer Neutralitätszeichens 1077.

# ERSTE ABTHEILUNG.

---

## I. Offene Krankenpflege.

---

### 1. Fürsorge auf dem Gebiete des Krankencomforts.

Von

**Dr. Paul Jacobsohn,**

Lehrer an der Pflegerinnenschule des jüdischen Krankenhauses in Berlin.

(Mit Abbildungen.)

---

#### 1. Die Bedeutung des Krankencomforts für die Krankenbehandlung.

Es kann kein Zweifel darüber sein, dass sich die gesammte Kranken-  
sorge und Krankenpflege gegenwärtig sowohl bei uns in Deutschland,  
als auch in den anderen Staaten in sehr erfreulichem Aufschwung be-  
findet, welcher sich in erster Linie in dem von allen Seiten mit Eifer  
und Erfolg in Angriff genommenen Ausbau ihrer verschiedenartigen  
Mittel äussert. Nachdem sich die moderne Krankenpflege in  
vielfacher Beziehung ganz andersartige und viel weitergehende Auf-  
gaben gestellt hat als diejenige früherer Zeiten, ist es nur eine natürliche  
Consequenz, dass man heutzutage auf eine reichere Ausgestaltung und  
Vervollkommenung der zur Erfüllung der erweiterten Aufgaben nöthigen  
Mittel besonderen Werth legt. Es ist noch nicht allzu lange her,  
dass man allgemein glaubte, in ausreichender Weise für die Kranken  
zu sorgen zu haben, wenn man ihnen Unterkunft und Nahrung in be-  
stehenster Form gewährte und alles Heil von der Einnahme der ver-  
ordneten Arznei oder der Vornahme eines operativen Eingriffs erhoffte.  
Bislang herrschten lange Zeit hindurch diese unzulänglichen An-  
forderungen auf dem Gebiete der von Staat und Gemeinde getragenen  
öffentlichen Krankenversorgung. Erst dem Ende unseres Jahrhunderts  
ist es vorbehalten, hierin in durchgreifender Weise Wandel zu schaffen  
und ein zutreffendere Erkenntniss der Bedürfnisse kranker Menschen  
zu gewinnen.



Fragen wir uns nun, welchen Umständen wir insbesondere das kräftige Emporblühen der Krankenpflege in der Gegenwart zu verdanken haben, so ist hierauf zu antworten, dass der grösste und nachhaltigste Einfluss auf die Gestaltung der modernen Krankenfürsorge durch den Entwicklungsgang ausgeübt worden ist, den die wissenschaftliche Medicin unserer Tage genommen hat. Wenn auch unumwunden anerkannt werden muss, dass die umfassende Verbreitung menschenfreundlicher Gesinnungen und humanitärer Bethätigung, welche geradezu als ein hervorragender Charakterzug unserer Zeit angesehen werden muss, sehr erheblich dazu beigetragen hat, das Interesse für die Krankenfürsorge zu steigern und die Aufmerksamkeit weiterer Kreise diesem Gebiete zuzuwenden, und wenn auch dankbar hervorgehoben werden soll, dass die öffentlichen Behörden mit hervorragender Bereitwilligkeit und Freigebigkeit, mit eindringendem Verständniss und rastlosem Eifer die Einrichtungen der Krankenpflege nach Kräften gefördert und gebessert haben, so muss doch constatirt werden, dass den Fortschritten und Leistungen der wissenschaftlichen Medizin in erster Linie das Verdienst gebührt, das Fundament zu dem stolzen Bau der modernen Krankenfürsorge gelegt zu haben.

Vor allem sind es zwei ganz verschiedenartige Momente in dem Entwicklungsgange der medicinischen Wissenschaft gewesen, welche der schnellen Entfaltung der Krankenpflege besonders förderlich waren ein mehr positives und ein mehr negatives. Das erstere liegt in den Emporblühen und den Erfolgen der öffentlichen Gesundheitspflege und in dem Umstande begründet, dass auf der Basis der fundamentalen Entdeckungen auf bacteriologischem Gebiet und des siegreichen Vordringens der antiseptischen Methode ganz neue Anschauungen über Wesen und Verhütung vieler häufiger Erkrankungen verbreitet wurden, welche auch auf die Gestaltung und Handhabung der Krankenfürsorge eine bedeutsame Einwirkung äussern mussten. Die Erkenntnis: dass die Erhaltung der Gesundheit an die Voraussetzung einer strengen hygienischen Lebensweise geknüpft sei, musste auch mit Nothwendigkeit dazu führen, dass man den Lebensverhältnissen bereits erkrankter Personen erhöhte Beachtung zuwendete und sich bemühte, dieselben den Fortschritten der Wissenschaft entsprechend umzugestalten und zu verbessern. Der zweite bedeutungsvolle Umstand, der hier in Frage kommt ist in den relativen Misserfolgen und unzureichenden Leistungen der rein medicamentösen Therapie zu erblicken, infolge deren sich die Aerzte gezwungen sahen, mit verschärftem Auge nach neuen Heilfaktoren nicht medicamentöser Natur auszuspähen. Ihre erhöhte Aufmerksamkeit richtete sich auf das Gebiet der Diätetik und der Krankenpflege, um aus demselben neue Waffen zur Ueberwindung der verschiedenen Erkrankungen zu schmieden, gegen welche sich die bisherigen therapeutischen Bestrebungen nicht wirksam genug erwiesen hatten. ! erlangten aus zwei verschiedenen wissenschaftlichen Gesichtspunkten heraus die Bemühungen eine gewichtige Unterstützung, welche dara

zielten, die Lebensverhältnisse kranker Menschen nach allen Richtungen so möglichst günstig und der Genesung vortheilhaft zu gestalten. In der Gewinnung der Einsicht, dass man in Zukunft sich nicht damit begnügen dürfe, gegen „das Kranke am Menschen“ vorzugehen, sondern dass man auf den „kranken Menschen“ in seiner Gesamtheit, auf sein Verhalten zu seiner Umgebung und das Verhalten seiner Umgebung zu ihm eine weitgehende Rücksicht nehmen müsse, liegt der gewaltige und regenreiche therapeutische Fortschritt, liegt auch die wissenschaftliche Begründung für den gegenwärtigen Aufschwung der Krankenpflege und von ärztlicher Seite neuerdings mit besonderem Eifer betriebenen Ausbau ihrer Hilfsmittel.

E. v. Leyden gebührt unstreitig das Verdienst die therapeutische Bedeutung eines vollendeteren Krankencomforts und einer vortrefflichen Krankenwartung in ihrem vollen Umfange erkannt und auf sie hingewiesen zu haben. In seinem bekannten Vortrage „Ueber Specialkrankenhäuser (nebst Bemerkungen über Kost und Comfort für die Kranken)“ aus dem Jahre 1890 entwickelte er eingehend die Nothwendigkeit und Berechtigung der Forderung eines höheren Masses von Comfort und einer verbesserten Abwartung für unsere Kranken und zwar sowohl für diejenigen unter ihnen, welche in ihrer eigenen Behausung krank darniederliegen, als auch insbesondere für diejenigen Kranken, welche, der häuslichen Pflege ermangelnd, in öffentlichen Krankenanstalten untergebracht werden. In Bezug auf den Krankencomfort sagt er: „Der Comfort hat den Zweck, dem Kranken einen Zustand möglichst zu erleichtern. Damit wird nicht nur einem Leidgefühl Ausdruck gegeben, sondern dieser Gesichtspunkt ist ein sehr wesentlich therapeutischer. Der Kranke hat in der Regel von seiner Krankheit so viel zu leiden und so viel Unbequemlichkeiten zu ertragen, dass er nach andern Richtungen hin möglichsste Bequemlichkeit und Erleichterung beanspruchen muss. Er wird durch seine Krankheit so empfindlich, so reizbar, so kleinlich, dass er nicht mehr im Stande ist, Anforderungen oder selbst Unbequemlichkeiten zu ertragen, die ihm sonst im gesunden Zustand mit Leichtigkeit alle Tage auferlegt werden. Anforderungen, wie sie zum Comfort gehören, sind geeignet, die Kraft und den Muth des Ertragens in dem Patienten zu stützen, seine Hoffnung zu erhalten, seine Geduld und seine Widerstandsfähigkeit wesentlich zu erhöhen. Es ist noch ein anderer Gesichtspunkt, den ich sehr schön ausgedrückt finde in dem Berichte aus dem Ventnor Hospital for Consumption, welches, wie mir scheint, unter den Hospitälern, über die ich mich zu unterrichten im Stande war, den grössten Grad von Vollkommenheit erreicht hat. Nachdem die einzelnen Einrichtungen besprochen sind, heisst es in diesem Berichte: „Sowohl im Freien, als auch in den Häusern ist alles gethan, um das Gemüth des Kranken zu erheitern und die niederdrückenden Gedanken zu verbannen, welche so oft die ärztliche Behandlung erschweren“. In diesem Satz, den ich sehr schön und würdig ausgedrückt finde, liegt die Bedeutung desjenigen, was wir

unter Comfort verstehen wollen, und der Ausdruck dafür, dass hierin eine wesentliche Unterstützung für den Erfolg der ärztlichen Behandlung gegeben ist“. In der That liegt in den citirten Worten eine sehr deutliche und vortreffliche Definition des therapeutischen Begriffes „Krankencomfort“; es gehört eben hierhin Alles, was irgend dazu dienen kann, die Bequemlichkeit und Behaglichkeit des kranken Individuums zu fördern und damit seine Resistenzfähigkeit zu unterstützen. Angeregt durch diese Ausführungen veröffentlichte M. Mendelsohn, welcher seither mit hervorragender Consequenz und Energie für die Förderung des Krankencomforts und seinen Werth in der Krankenbehandlung eingetreten ist, noch in demselben Jahre eine durch ihre fesselnde Darstellung ausgezeichnete Abhandlung über „den Comfort des Kranken“, in welcher sich der Verfasser bemühte, die Umriss des Krankencomforts etwas eingehender zu skizziren und die Aufmerksamkeit der ärztlichen Kreise in umfangreicherem Maasse auf diesen wichtigen Zweig der heutigen Krankenpflege hinzulenken, indem er nicht nur die hervorragende praktische Bedeutung des Krankencomforts darlegte, sondern auch hervorhob, dass, wie die gesammte Krankenpflege überhaupt so auch diejenige Summe ihrer Hilfsmittel, welche sich unter dem Begriffe des Krankencomforts zusammenfassen lässt, sich einer weiteren wissenschaftlichen Betrachtung, Bearbeitung und Ausgestaltung durchaus bedürftig und zugänglich erweisen müsste. In der That haben die letzten Jahre bereits in mannigfacher Hinsicht gezeigt, mit wie grosser Berechtigung von der Möglichkeit einer wissenschaftlichen Basirung der Krankenpflege und ihrer Hilfsmittel gesprochen werden konnte; die wichtigsten neueren Schriften über dieses Gebiet (vergl. besonders M. Mendelsohn: Die Krankenpflege. Hypurgie. 1898) zeichnen sich in augenfälliger Weise sowohl dadurch aus, dass denselben viel weitergehende Gesichtspunkte zu Grunde liegen als den früheren Behandlungen des Gegenstandes, als auch dadurch, dass die Art der Darstellung, was Anordnung und Verwerthung des Stoffes anlang mit Nothwendigkeit erkennen lässt, dass die Krankenpflege nunmehr berufen ist, in die Reihe der Disciplinen der wissenschaftlichen Medicin als gleichberechtigte Schwester einzutreten und als solche allgemeine Anerkennung zu finden. In der wissenschaftlichen Therapie tritt sie an die Seite der physikalisch-diätetischen Heilmethoden, deren weiterer wissenschaftlicher Ausbau neuerdings so erfolgreich in Angriff genommen worden ist, und deren einen Sonderzweig sie gewissermassen bildet. Allerdings müssen die exacten Grundlagen für das wissenschaftliche System der Krankenpflege, in erster Linie die klinischen experimentellen Feststellungen über die Wirkungsweise der verschiedenartigen Hilfsmittel der Krankenpflege noch in den meisten Punkten sehr erheblich ergänzt und erweitert werden, was nur durch langdauernde mühevollen, methodisch durchgeführte Detailarbeit wird erreicht werden können.

Die heutige Krankenpflege und Krankenfürsorge stellt sich somit (

gebung des Kranken deckt. Wir können die Summe dieser Hilfsmittel in zutreffender Weise als den „Krankencomfort im engeren Sinne“ bezeichnen, umsomehr als man ja mit dem Ausdruck „Comfort“ von jeher den Gedanken an Einrichtungen und Annehmlichkeiten materieller Natur zu verbinden gewöhnt ist. Die Regelung und Gestaltung der belebten Umgebung des Kranken nach ärztlich-wissenschaftlichen Gesichtspunkten, welche die Fragen der personellen Krankenwartung umfasst, wollen wir hingegen in einem ferneren Capitel dieses Werkes einer eingehenderen Besprechung und Darlegung unterziehen.

Die Adaptirung der unbelebten Umgebung des Kranken an die besonderen Verhältnisse des Letzteren, an den Ausnahmezustand des Krankseins, die Beschaffung eines hinreichenden materiellen Comforts gehört heutzutage zu den unumgänglichen Pflichten des Arztes. Er muss die ihm zur Verfügung stehenden gegenständlichen Vorkehrungen und Zurüstungen, die technischen Hilfsmittel des Krankencomforts nicht nur genau kennen, um sie dann nach seinem Ermessen entsprechend den Erfordernissen des Einzelfalles zur Anwendung zu bringen, sondern er hat auch in erheblichem Maasse die Aufgabe an der weiteren Vervollkommnung und Ausgestaltung des Krankencomforts thätig mitzuwirken. Diese letztere Aufgabe ist für die Aerzte eine ziemlich neue. Gleichwohl erscheint der Arzt dazu berufen, dem ferneren Ausbau der materiellen Einrichtungen des Krankencomforts und den Fortschritten auf diesem Gebiete eingehende Beachtung zu schenken und auch nach dieser mehr technischen Richtung hin sich Anregung und Initiative vorzubehalten. Wollten sich die Aerzte dieser Aufgabe auch fernhin entziehen oder ihre Bedeutung unterschätzen, so würden sie sich damit der Möglichkeit einer sehr wirksamen Bereicherung ihrer therapeutischen Leistungsfähigkeit begeben. Man sollte doch meinen, dass Niemand so gut und so eingehend die Bedürfnisse Kranker überhaupt und die Erfordernisse einzelner Erkrankungsfälle im Besondern kennt und zu würdigen weiss, wie eben der Arzt. Gleichwohl ist die Zumuthung einer erhöhten Aufmerksamkeit für die Fortschritte des Krankencomforts erst in letzter Zeit an die Aerzte eindringlicher herangetreten, und sie beginnen erst in geringem Umfange sich aktiv an der Vervollkommnung desselben zu betheiligen. Hielt man es doch vor nicht gar langer Zeit sogar eines wissenschaftlichen Arztes fast unwürdig, sich mit der Einrichtung und Verbesserung von Krankenbetten, Krankenwagen, Krankenstühlen etc. zu befassen, indem man irrigerweise glaubte, diese Thätigkeit sei allein dem Techniker anheim zu geben und ausschliesslich seinem Ermessen zu überlassen. Man übersah dabei natürlich ganz, dass der Techniker wohl in der Lage ist, die in Frage kommenden materiellen Hilfsmittel der Krankenpflege aus den verschiedenen Rohmaterialien in geeigneter Weise herzustellen, dass er jedoch nicht mit den Bedürfnissen der Kranken genügend vertraut ist, um die Angaben und Direktiven des Arztes entbehren zu können. Nur der Arzt ist im Stande, alle die kleinen Rücksichten in

für gesunde Menschen bestimmte, ja doch immer der Ausdruck einer weit vorgeschrittenen Cultur ist, während umgekehrt eine weitgehende Bedürfnisslosigkeit in gewissem Sinne auf einen Mangel an Cultur hindeutet (v. Leyden). Dies gilt auch für den Krankencomfort in vollem Maasse. Erst spät, wenn Wissenschaft und Technik weit fortgeschritten sind, reichen sie sich die Hand, um vervollkommnete und verfeinerte Leistungen hervorzubringen. Die ersten Urfänge des Krankencomforts aber reichen bis in die ferne Vorzeit zurück. Schon die alten Culturvölker kannten und verwendeten einige einfache Utensilien für die Krankenpflege. Im wesentlichen waren es rundliche Behältnisse aus Thon, welche zur Aufnahme der menschlichen Excrete dienten. Auch metallene Katheter (Ausgrabungen in Pompeji und neuerdings in Baden bei Zürich) wurden bereits im Alterthum vielfach verwendet, um den erschwerten Urinabfluss bei den Kranken zu erleichtern. Desgleichen ist der Gebrauch der Schröpfköpfe, welche ursprünglich aus Bronze oder Silber hergestellt wurden, ein sehr alter. Von Umschlägen, Pflastern, Salben zur Linderung der Schmerzen wurde bei den alten Völkern ein ausgiebiger Gebrauch gemacht. Warmwasser- und Oelbäder wurden zur Erfrischung und Erquickung Kranker häufig angewendet. Wunden wurden mit mildem Oel oder auch Wein verbunden. Clystiere und Darmzäpfchen wurden schon von den alten Aegyptern verabreicht, um dem Kranken die Defäcation zu erleichtern (Papyrus Ebers). Bei den alten Indern wurde zu den Clystieren ein Geräth benutzt, das aus einem Lederbeutel oder der Blase eines Rindes, Schweines bestand, in welche ein kurzes Rohr aus Silber, Gold, Kupfer oder Elfenbein eingebunden war (Susruta, Ayurveda, Buch IV). In ähnlicher Weise wurden die Eingiessungen in den Darm auch lange Zeit hindurch bei den Griechen und Römern, ja auch noch bis ins XVIII. Jahrhundert hinein bewerkstelligt.

Bezüglich der Entwicklung des Krankencomforts in Hospitälern sei erwähnt, dass in Indien bereits im VI. Jahrhundert v. Chr. nach Einführung der buddhistischen Religion ganz gut eingerichtete Krankenhäuser ins Leben gerufen wurden, die von Staatswegen mit Aerzten, Arzneimittelniederlagen und Nahrungsmitteln ausgestattet wurden (vgl. Gurtt, Geschichte der Chirurgie S. 66; Dietrich, dieses Handbuch. Band I. S. 1). In wie weit in ihnen für den Comfort der Kranken im Einzelnen Sorge getragen wurde, ist nicht überliefert. Auch von Hospitälern der Griechen und Römer ist wenig bekannt; eigentliche öffentliche Krankenhäuser besaßen sie wohl kaum. Was die griechischen Krankentempel (Aselepieia) anlangt, so boten dieselben Manches für den Comfort der in ihnen untergebrachten Fremder dar, was auch heute noch vom Standpunkt der Krankenhauspflege als durchaus wünschenswerth erscheint. Sie waren von Baumpflanzungen und schattigen Hainen, mit Wandelgängen und Ruhesitzen, umgeben, da sie vorwiegend aus Nadelbäumen (Fichten), Cypressen, Lorbeerbäumen, Myrthensträuchern bestanden, ein würziger, kräftigende Duft entströmte. Im Tempelinnern wurden zeitweise Räucherungen mit

wohlriechenden Kräutern und Hölzern vorgenommen. Auch an heilsamen Bädern und erfrischenden Quellen fehlte es innerhalb des Tempelbezirks nicht. Diese Krankentempel waren jedoch keineswegs Hospitäler im jetzigen Wortsinne. Auch bei den Römern ist von öffentlichen Krankenhäusern kaum etwas bekannt. Die reichen römischen Grundbesitzer hielten sich auf ihren Landsitzen besondere Krankenwohnungen (Valetudinaria), in welchen sie ihre erkrankten Sklaven verpflegten. Ueber die innere Ausstattung dieser Krankenzimmer wissen wir jedoch nichts Näheres. Dagegen ist vor ganz kurzer Zeit in der Nähe von Zürich ein vollständiges altrömisches Militärhospital ausgegraben worden; aus dieser Thatsache, sowie besonders auch aus den zahlreichen dort gemachten Funden geht hervor, dass die Krankenpflegetechnik der Römer doch erheblich weiter fortgeschritten war, als man bisher annahm. In Bezug auf den Krankencomfort sind besonders interessant die aufgefundenen Katheter, Salbentöpfe, Henkelschalen zum Einnehmen und die Maassgefässe für Arzneien mit der Inschrift: „Ein halbes und ein ganzes Pulver“. Eigentliche öffentliche Krankenhäuser für Kranke und Sieche aller Art und aller Stände, welche in grösserem Umfange zur kunstgerechten Heilung und Wiederherstellung der in sie aufgenommenen Kranken errichtet wurden, scheinen indessen erst viel später entstanden zu sein. Im Zusammenhange damit steht die Thatsache, dass wir lange Zeit hindurch keine Spuren von dem Stande des Krankencomforts verfolgen können; indess ist die Entwicklung dieses Gebietes wohl bis in das spätere Mittelalter hinein eine ziemlich unbedeutende geblieben. Erst die verschiedenartig angelegten Hospitäler des Morgenlandes lassen eine höhere Stufe des Krankencomforts erkennen. Besonders berühmt war das Kaiser maurusische Krankenhaus in El - Cahira, welches 1283 mit grosser Pracht gegründet und zu dessen Unterhalt jährlich fast eine Million Dirhem zur Verfügung gestellt wurde. Kranke der höchsten und der geringsten Stände fanden in ihm Aufnahme; männliche und weibliche „Bettmacher“ waren zur Bedienung der Kranken bestimmt, dessen selbst jede Bequemlichkeit dargeboten. Jede Gruppe von Kranken bekam einen besonderen Raum. Vier mit Springbrunnen versehene Säle waren für die an Fiebern Leidenden bestimmt; ein Hof für die Augenkranken, einer für die Verwundeten, einer für die, welche am Durchfall litten, einer für Frauen. Für die Reconvalescenten waren besondere Räume vorhanden (Haeser, Geschichte christlicher Krankenpflege, Berlin, 1857). Auch im Abendlande, besonders in Frankreich und Italien, später auch in Deutschland wurden im XII. und XIII. Jahrhundert zahlreiche grössere Krankenanstalten ins Leben gerufen, die von weltlichen Krankenpflegeorden verwaltet wurden. Die Mitglieder dieser weltlichen Orden gründeten aber nicht nur die Hospitäler, sondern sie übten auch dauernd in ihnen praktische Krankenpflege aus. In demselben Grade, in dem nun die personelle Krankenwartung eine gleichmässiger und geordnetere dadurch wurde, dass die Mitglieder zahlreicher Orden und Genossenschaften (vgl. Dietrich, Geschichtl. Entwicklung der

Krankenpflege. Dieses Handbuch. Band I) sich berufsmässig der Pflege ihrer siechen und kranken Mitmenschen werththätig widmeten, vollzog sich allmählig eine gewisse fortschreitende Vervollkommenung auch auf dem Gebiete des Krankencomforts, insofern man im Laufe der Zeit lernte, dem Kranken und auch sich selbst die Handreichungen, welche nothwendig waren, in besonders geschickter Weise sowie unter Zuziehung geeigneter, besonderer technischer Einrichtungen zu erleichtern und nach und nach die Vorstellung gewann, dass die Bedürfnisse kranker Personen stets auch einen verhältnissmässig erheblichen materiellen Aufwand allein für die Zwecke der Krankenwartung bedingen. So finden wir in den folgenden Jahrhunderten, besonders seit der Reformation, bei den barmherzigen Brüdern und Schwestern, eine bedeutende Leistungsfähigkeit auf dem Gebiete der Krankenpflege-technik und eine sehr eingehende und sorgfältige Fürsorge für den Comfort der Kranken. Diese fand auch an vielen Orten ihren Ausdruck darin, dass seitens der begüterteren frommen Ordensgenossenschaften bei der Einrichtung der für die Pflege der Kranken bestimmten Hospitäler insbesondere auch auf ihre Ausschmückung und Ausstattung Bedacht genommen und den Kranken Annehmlichkeiten aller Art dargeboten wurden. Besonders in Spanien und Frankreich wurden durch die barmherzigen Brüder und Schwestern im XVI. und XVII. Jahrhundert zahlreiche reich ausgestattete Hospitäler ins Leben gerufen, welche selbst höheren Anforderungen an den Krankencomfort entsprachen. Den Schilderungen aus jener Zeit entnehmen wir, dass viele dieser Krankenhäuser blumen- und schattenreicher Gärten, kunstvoller Wasserkünste und Bildwerke, weiter luftiger Hallen und Säulengänge und anderer Annehmlichkeiten nicht ermangelten, welche wesentlich dazu beitragen, das geistige und körperliche Wohlbefinden der Insassen zu erhöhen und ihnen das Ertragen der durch die Krankheit veranlassten Leiden zu erleichtern. Aus den Abbildungen, die aus jener Zeit stammen, ersehen wir, dass damals schon eine Anzahl einfacherer Geräthe, speciell für die Zwecke der Krankenpflege geschaffen, in Gebrauch waren, so z. B. Stechbecken, Speinäpfe, Nachtlampen, Urinflaschen, Krankenstühle verschiedener Form, welche in ihrem Aussehen den heute gebräuchlichen Utensilien nahe stehen. Die Gegenstände des damaligen Krankencomforts waren meist aus Thon, Kupfer oder Holz hergestellt; die hölzernen Geräte wurden gewöhnlich von dem Tischler gefertigt, der für das betreffende Hospital den übrigen Bedarf an Hausgeräthen und die Krankenbetten, welche damals und noch lange nachher gleichfalls ausschliesslich aus Holz gebaut und stets mit einem Betthimmel versehen waren, lieferte.

Die beiden folgenden Abbildungen: „Blick in ein Krankenhaus des XVII. Jahrhunderts“ sind genaue Reproductionen von Kupfertafeln aus dem seltenen Werke: „Kurtze und Grund-Historien von dem Anfang und Ursprung der Gott geweihten Ordens Und Kloster-Jungfrauen. Augspurg 1692. Zu finden bey Daniel Steudner. Druckts Antonius

pperschmid“. Sie geben ein sehr anschauliches Bild von dem Stande des damaligen Krankencomforts. Die Aufschlüsse, welche die dargestellten Krankenhausscenen in Bezug auf die Ausstattung und Einrichtung der Krankenzimmer bieten, sind nicht nur von medicinischem, sondern auch von culturgeschichtlichem Interesse. Die zweite Abbildung bezieht sich besonders auf die chirurgische Krankenpflegetechnik.

Fig. 1.



Hospitalaria Ministrans

36

Blick in ein Krankenhaus des XVII. Jahrhunderts.

Je mehr im Laufe der Zeit die frommen Krankenpflege-Vereinigungen an Zahl und Ausdehnung gewannen, je mehr Erfahrungen und gute Beobachtungen am Krankenbette allmählig gesammelt wurden, um so besser und zweckmässiger gestaltete sich naturgemäss die Handhabung der Krankenfürsorge überhaupt. Dadurch, dass sich immer neue Indi-



viduen und Personengruppen die praktische Ausübung der Krankenpflege zu ihrem eigentlichen Lebensberuf auserkoren, wurde immer aufs Neue Gelegenheit und Veranlassung geboten, Handreichungen und Hilfeleistungen, die dem Kranken seinen Zustand erleichtern könnten, zu ersinnen und auch entsprechend den besonderen Verhältnissen und Bedürfnissen der einzelnen Kranken weitere technische Vorkehrungen und Vorrichtungen

Fig. 2.



### Mulier Infirmis Ministrans

Blick in ein Krankenhaus des XVII. Jahrhunderts.

gen am Krankenbett oder im Krankenzimmer zu erdenken, durch deren Einführung man glaubte, dem Kranken irgend welchen Nutzen zu stiften. So kam es, dass mit der Hebung des Niveaus der personellen Krankenwartung auch eine Vervollkommnung des Krankencomforts Hand in Hand ging. Jedoch schritt die allmähliche, weitere Ausgestaltung der materiellen Hilfsmittel der Krankenpflege nur sehr langsam vorwärts; es war

grosse Krankheitsmortalität in beträchtlichem Maasse auf die gänzlich unzureichende Fürsorge für Krankencomfort und Krankenwartung zurückzuführen sei. Besonders bekannt ist der Bericht der Pariser Academie vom Jahre 1877, in welcher die unhaltbaren Verhältnisse des damaligen Hospitalwesens eingehend dargelegt und eine Reihe zweckmässiger Reformen auf diesem Gebiete erfolgreich in Vorschlag gebracht wurden (v. Leyden: Ueber Specialkrankenhäuser, nebst Bemerkungen über Kost und Comfort der Kranken. Vortrag i. d. deutschen Gesellsch. f. öffentl. Gesundheitspflege vom 31. März 1890). Auch in einer Anzahl von deutschen Städten, meist im Anschluss an die Universitäten und medicinischen Schulen, wurde von Seiten erfahrener Aerzte eine reichere Ausstattung der Hospitäler und die Beschaffung eines besseren Krankenpflegepersonals eindringlich betont. Besondere Verdienste in dieser Hinsicht erwarb sich der Münchener Universitätsprofessor C. Strack (*Sermo academicus de custodia aegrorum*. Frankfurt a. M. 1779), welcher in seiner academischen Rede „über die Krankenwartung“ die wesentlichsten Aufgaben der Krankenpflege entwickelte. Diese mit Eifer durchgeführten Bestrebungen hatten denn auch die Consequenz, dass sich gegen die Wende des Jahrhunderts ein gewisser Aufschwung auf dem Gebiete der Krankenpflege bemerkbar machte. Die Umgebung der Krankenhäuser wurde freundlicher gestaltet, die Bettenzahl in den Krankenzimmern wurde auf 20—30 herabgesetzt, man bemühte sich die materiellen und technischen Einrichtungen des Krankencomforts zeitgemäss zu verbessern und ein zahlreicheres, besser vorgebildetes Wartepersonal zu gewinnen. Gleichzeitig gestatteten die allgemeinen Fortschritte der Naturwissenschaften und der Technik eine allmählig zunehmende Vervollkommnung der eigens den Zwecken des Krankencomforts dienenden Hilfsmittel. Einigen, schon eine gutgeordnete, systematische Anweisung für Berufspfleger darbietenden Lehrbüchern jener Zeit (Unzer: Von der Wartung der Kranken, 1769; Franz May, ausserordentl. Lehrer der Arzneiwissenschaft auf der hohen Schule zu Heidelberg: Unterricht für Krankenwärter. Mannheim 1784; J. G. Pfähler. Unterricht für Personen, welche Kranke warten. Riga 1793) entnehmen wir interessante Aufschlüsse über den Umfang und das Niveau des Krankencomforts vor mehr als 100 Jahren. Wir beobachten in diesen Schriften das sichtliche Fortschreiten in den für die Kranken- und Hospitalhygiene grundlegenden Anschauungen. Bei aller Einfachheit in den Vorschriften und empfohlenen Massnahmen begegnet man doch schon den meisten Forderungen, welche heutigen Tages an den Comfort der Kranken gestellt werden. Die Sorge für geräumige, helle Krankenzimmer, häufige und gründliche Lüftung derselben, geeignete Abkühlung der Zimmertemperatur, für feuchte Reinigung der Krankensäle, peinliche Reinhaltung des Kranken und seines Lagers wird ausführlich und eindringlich dargelegt. Eingehende technische Vorschriften über die Heizung und nächtliche Beleuchtung des Krankenzimmers, über örtliche Abkühlung und Erwärmung des Kranken, Lagerung, Bettung und Bekleidung des-

Schippe oder einem irdenen Schüsselchen über Kohlen oder Spiritus verdampft). Auch Blumen, Fichten- und Maiensträucher, welche in frischem Wasser in die Ecke des Krankenzimmers gesetzt wurden, mussten der Verbesserung der Luft dienen. Nervöse und hysterische Personen verfügten über den besonderen Comfort, dass in ihrem Zimmer Stinkspiritus aus den sogenannten Stinkbüchsen ausgeträufelt wurde. Ausser den gewöhnlichen eröffnenden, besänftigenden, nährenden und stärkenden Clystieren wurden häufig auch solche von Tabaksrauch mit einer besonderen kleinen Maschine, die einer Tabakspfeife ähnlich war, verabreicht. Von Umschlägen finden sich erweichende Breiumschläge, wozu ein Brei aus Weissbrot, Milch und Eigelb oder geschabter venedischer Seife verwendet wurde, und reizende Umschläge, insbesondere Senfteige, die oft durch Zusatz von geriebenem Meerrettig und Knoblauch verschärft wurden. In Frankreich war der Krankencomfort am Ende des 18. Jahrhunderts am weitesten fortgeschritten (vgl. Carrère, *Manuel pour les garde-malades*. Strassburg 1787). Neben den ausgezeichneten und berühmten Arbeiten über Verbesserungen des Hospitalwesens von Ténon machte sich im Jahre 1777 Le Roy dadurch um den Krankencomfort verdient, dass er zwecks Separation der einzelnen Kranken in den grossen Krankensälen die beweglichen Bettschirme (sogenannten Portativschirme) erfand. Das gleiche Ziel verfolgte A. Petit, welcher 1774 die Erbauung kleiner Bettalkoven aus Backsteinen in den Krankensälen zuerst vorschlug (*Mémoire sur la meilleure manière de construire un hospital de Malades*. Paris 1774). Chr. Ludw. Hoffmann ging, um die Nachtheile des Zusammenliegens vieler Kranken in einem Raume zu vermeiden, sogar so weit zu fordern, dass jeder Kranke in den Hospitälern ein eigenes Zimmer erhalte (Mainz 1788). Pfähler, der französische Quellen benutzte, forderte statt der bis dahin üblichen zinnernen Trinkbecher für den Kranken Ess- und Trinkgeschirre aus Glas und Porzellan, Löffel aus echtem Silber oder Elfenbein. Neben der schon im 17. Jahrhundert überall gebrauchten Bettschüssel empfahl er den Zimmernachtstuhl. Es erscheinen bei ihm sogar schon die ersten complicirteren Vorrichtungen des Krankencomforts. Ein mechanisches Bett (s. Abbildung 3) aus Holz, mit verstellbarer Rückenlehne und senkbarem Fussende, welches dem Kranken gestattet nach Belieben eine sitzende oder liegende Stellung zu geben, wird von ihm ausführlich beschrieben und durch eine Kupfertafel, welche beistehend reproducirt ist, veranschaulicht. Es dürfte von Interesse sein das Geräth mit den heutigen eisernen Betten zu vergleichen, deren Form und Grundprincip im wesentlichen schon vor hundert Jahren vorhanden war. Demselben Autor entnehmen wir aus dem Jahre 1793 Angaben über gutgestopfte Rosshaarmatratzen, mit Luft gefüllte Lederatratzen, die mit Wachstuch bedeckt werden, über grüne, unbemalte Bett- und Fenstervorhänge, Aufstellung von grünem Buschwerk und blätterreiche Zweigen oder Schalen mit Eisstücken im Krankenzimmer, über die Verwendung gebogener Röhren bei der Ernährung Schwerkranker etc.

verursachen. Seine Schuhe müssen entweder von Filz oder wenigstens mit solchen Sohlen belegt sein; eine Schürze mit mehreren Taschen wäre für ihn sehr gut. Von allen diesen Kleidungsstücken müssen mehrere vorrätig sein, und die, welche etwa in einer bösartigen Krankheit gebraucht worden sind, vor der Hand nicht wieder bei einem andern Kranken gebraucht werden, bis sie gehörig gelüftet und gereinigt worden“.

Ausser dem wachsenden Einfluss der Aerzte auf die Gestaltung der Krankenpflege, welcher sich in den ersten Jahrzehnten unseres Jahrhunderts bemerkbar macht und seinen Ausdruck vor Allem in der Begründung von ärztlich geleiteten Krankenpflegeschulen im Anschluss an die grösseren Hospitäler der Städte findet, ist ein wesentliches Moment für die Weiterentwicklung der Krankenpflege-Technik in Deutschland insbesondere in dem Wiederaufblühen der Pflgeethätigkeit seitens der religiösen Genossenschaften zu erblicken. Vornehmlich in Süddeutschland entfalteten in jener Zeit die Orden der barmherzigen Brüder und Schwestern eine sehr ausgedehnte Thätigkeit, welche um so fruchtbringender und segensreicher sich gestalten konnte, weil sie in den nunmehr von den Behörden besser eingerichteten Krankenanstalten der Städte unter der Leitung tüchtiger und erfahrener Aerzte vor sich ging und sich nicht mehr ausschliesslich auf die Klöster beschränkte. So konnte es nicht ausbleiben, dass in der Folgezeit ein ungestörter Fortschritt auf dem Felde des Krankencomforts stattfinden durfte. Ein sehr treffendes Bild von dem Niveau des Krankencomforts in den Jahren 1820—1830 gewinnt man durch das Studium des vorzüglichen Buches von Anselm Martin: Die Kranken- und Versorgungsanstalten in München (München 1834. Franz), dem die nachfolgenden Angaben entstammen. Die Schilderungen beziehen sich im Wesentlichen auf das neue allgemeine Krankenhaus in München, welches 1813 bezogen, mit barmherzigen Schwestern besetzt wurde, und als ein Musterhospital jener Zeit angesehen werden kann. Ohne äussere Pracht und Zierde, allein mit der seinen grossen Zwecken entsprechenden Inschrift: *Aegrorum medelae et solamini* geschmückt, lag es mehrere hundert Schritte von der Stadt entfernt auf erhöhtem, trockenem Erdgrunde, von allen Seiten frei, die Wohlthat der Sonne und der gesunden Feldluft geniessend umgeben von trockenen, grossen Wiesenplätzen, mit einer reizender Aussicht, begrenzt von einem weiten, abwechslungsreichen Horizont. Es bildete ein grosses Viereck, war zwei Stockwerke hoch, mit seiner Hauptfäçade gegen Osten gelegen und enthielt 54 Krankensäle, 36 Zimmer für einzelne Kranke und Bedienstete des Hauses, eine Kapelle, eine Apotheke, eine Badeanstalt und 2 grosse Küchen. In seiner Länge war es gleichsam in 2 grosse Theile gespalten; den einen nahm die Reihe der Krankensäle mit ihren Vorplätzen, den anderen ein langer, geräumiger, heller Corridor ein, so dass die Fenster der Krankensäle sich nach aussen, die des Flurgangs aber sich nach innen in die Höfe öffneten. In jedem Gange, sowohl zu ebener Erde, als in

Rinne eintauchte, so dass ein geruchverhindernder, hermetischer Verschluss erzielt wurde. In der Mitte jedes Saales stand ein grosser Tisch für die Arzneien der Kranken. Jeder Saal besass auch einige kleine und einen grossen gepolsterten Krankenlehnstuhl. Sämmtliche Krankensäle, ebenso die Alkovenmüerchen, mit Ausnahme der beiden Säle der Augenabtheilung, waren weiss, die Bettstätten, der Tisch und die Thüren hellgelb bemalt. Zur künstlichen Beleuchtung der Krankenräume dienten Lampen von weissem Milchglas, welche in der Mitte des Saales an der Decke befestigt waren. Für ausreichende Beheizung und Lufterneuerung durch Ventilationsapparate war gleichfalls Sorge getragen.

Diese charakteristische Schilderung der Ausstattung und inneren Einrichtung der Krankenräume, welche Martin in dem erwähnten Buche giebt, gewährt ein recht anschauliches Bild des Krankencomforts in einem der besteingerichteten Krankenhäuser jener Zeit. Von grossem Interesse dürfte die Wahrnehmung sein, dass man sich bereits damals eifrig bemüht zeigte, die Nachtheile, welche sich für den Comfort der Kranken dadurch ergeben, dass in den Hospitälern eine grössere Anzahl Schwerverkrankter in einem gemeinsamen Raume untergebracht werden, mit Zuhilfenahme der verschiedenartigsten technischen Vorkehrungen zu verringern. In mannigfacher Beziehung ergänzt wird das Bild des damaligen Krankencomforts durch die kleine Schrift desselben Autors: Die Kunst den Kranken zu pflegen (München 1832). Martin fordert Entfernung und Verhütung aller unreinen, feuchten und verdorbenen Luft im Krankenzimmer und seiner Umgebung, grösste Reinlichkeit im Zimmer selbst und den Vorplätzen, Fernhaltung von Ueberfüllung des Krankenzimmers durch Besuchende, Vermeidung von Rauch, Kohlendunst, Unrath, faulenden Stoffen, Beseitigung feuchter und schmutziger Wäsche, Kleider, Blumen etc., fleissiges Oeffnen von Fenstern und Thüren und geschickte Handhabung der Ventilationsapparate. Als Luftverbesserungsmittel dienen feuchtes Kohlenpulver, in flachen Gefässen aufgestellt, Verdampfung von Essig, Besprengung von Wänden und Boden mit Essig, Chlordampf, erzeugt durch Chlorkalk und zugetropfte Schwefelsäure. Im Krankenzimmer muss stets Ordnung sein; Nässe oder Staub sind nicht zu dulden; alle Geräthschaften müssen ihren bestimmten Ort haben, die abschreckenden darunter, wie chirurgische Instrumente, Clysterspritzen, Arzneien dem Anblick der Kranken entzogen werden. Das Krankenbett soll nicht nahe einer kalten Mauer, einem Fenster oder einer Thür stehen und soll durch Vorhänge oder sogenannte „spanische Wände“ gegen Zugwind geschützt werden; es soll weder zu hoch noch zu niedrig und mit einer guten Matratze oder einem Strohsack, sowie mit einer wollenen Decke versehen sein. Feder- und Unterbetten werden verworfen, die Leintücher müssen faltenfrei sein. Als Bettunterlagen dienen Wachseleinwand, Wachstaffet oder zusammengelegte Tücher. Zum Schutz gegen Decubitus empfiehlt Martin ein Rehfell, häufigen Lagewechsel und „Aufstellen einer Schüssel mit

bleiernes oder ein elastisches Röhrchen (Auftreten des Gummi der Krankenpflege um 1830), das mit Oel oder Butter schlüpfrig gemacht wird. Ganzbäder werden in grossen Wannen gegeben, dass dem Kranken das Wasser bis zum Hals reicht, Halb- und Stubbäder in eigens verfertigten Lehnstühlen oder in einer Wanne; einem Schemel, Hand- und Armbäder in einem tiefen Becken, Fussbäder in einem Zuber. Zu Augenbädern beugt man das Auge in bis zum Ueberlaufen gefülltes Wasserglas, das in einem Waschbeck steht. Warme und kalte Begiessungen werden mit einem Spritzkru oder einer Clysterspritze von einer gewissen Höhe her ausgeführt. Zu Dampfbädern, ebenso zu Sturz-, Dusch- und Tropfbädern dienen besondere Maschinen und Apparate. Eisanwendung geschieht mittelst einer mit Schnee oder Eis gefüllten zugebundenen Thierblase.

Zieht man aus den vorstehenden Angaben das Facit, so ergibt sich auf das deutlichste, dass in den Jahren 1800—1830 in Bezug auf die weitergehende Entwicklung des Krankencomforts recht erhebliche Fortschritte zu verzeichnen sind. Es unterliegt keinem Zweifel, dass der von wissenschaftlich geschulten Aerzten zu Beginn des Jahrhunderts ausgeübte Einfluss auf die Krankenpflege-technik sehr wesentlich dazu beigetragen hat, das Niveau des Krankencomforts beträchtlich zu heben. Daneben natürlich kommen die allgemeinen culturellen Fortschritte, insbesondere die Verbesserungen auf technischem Gebiete als wirksam in Betracht. Neue Entdeckungen auf naturwissenschaftlichem, chemischem, physikalischem Gebiet, das Auffinden neuer und zweckmässiger Verfahren in der Bearbeitung der Rohstoffe, die Einführung neuer, bisher unbekannter und daher technisch zuvor nicht verwerteter Arbeitsmaterialien aus fremden Ländern haben auch an der allmäligen Weiterentwicklung des Krankencomforts zu allen Zeiten einen bedeutsamen Antheil geäussert und äussern ihn noch heute. Einen ferner, ungemein wichtigen Einfluss auf die Vervollkommnung der Krankenpflege-technik und des Krankencomforts übten sodann plötzlich über das Land herebrechende grosse Nothstände, wie Krieg und Seuchen, welche besonders Anlass zu eingehender Fürsorge für die Verwundeten und Kranken und zugleich auch zum Ersinnen neuer Hilfsmittel für die Erfordernisse des Krankencomforts boten. So ist es keine Frage, dass während der ersten Jahrzehnte des neunzehnten Jahrhunderts sowohl die Freiheitskriege als auch in der Folge das Hereinbrechen der Cholera einen Aufschwung der Krankenpflege-technik in Deutschland bedingten. In einer ganzen Anzahl von deutschen Städten, insbesondere auch in Norddeutschland wurden im Anschluss an die grösseren allgemeinen Krankenhäuser Krankenpflegeschulen begründet, an welchen tüchtige Aerzte theoretischen und practischen Unterricht in der Krankenpflege erteilten. Auch in den protestantischen Theilen Deutschlands zeigte man sich sehr eifrigste bestrebt, ein besseres Personal für die Krankenwartung zu gewinnen. Gefördert durch das erhöhte Interesse hervorragender Aerzte und der Behörden, nahm dementsprechend auch der Kranken-

ist fortgeschritten. Auf das Bettuch kommt eine reine Serviette, auf diese ein sauberes, zwei Fuss langes und anderthalb Fuss breites, weisses Brett, das den Speiseteller des Kranken trägt; denn „das Essen von einem vor dem Bette des Kranken stehenden Tische ist sehr unbequem und angreifend, man muss es einem Kranken recht bequem machen“. Hinsichtlich der Luftverbesserung werden sehr wohlriechende Blumen und feine wohlriechende Wässer verworfen, dagegen Räucherungen mit Essig empfohlen, der auf einer Feuerschaukel oder in kleinen Dampffässern mit darunter befindlicher Spirituslampe verdampft wird. Unter den trocknen Räuchermitteln sind die Wachholderbeeren noch das häufigst angewendete; doch „soll man das Räuchern nicht übertreiben, man soll nicht ganze Hände voll in das helle Feuer werfen, sondern mit einem kleinen Kohlenbecken in der linken Hand durch Zimmer, Säle und Corridors langsam durchgehen und fortwährend kleine Prisen auf die Kohlen werfen“. Zur Zerstörung der Ansteckungsstoffe in der Luft dienen Räucherungen mit Salpeter oder Salz, worauf Schwefelsäure gegossen wird, oder mit Chlor, wobei Chlorkalk mit Wasser verrührt und der Brei in Schalen im Zimmer umhergetragen oder auf mit Leinwand bespannte grosse Holzrahmen mit einem Pinsel alle zwei, drei Stunden aufgestrichen wird. Die Krankenkleidung besteht aus Hemd, Jacke und Halstuch. Unterkleider sind im Bett verboten. Das Anziehen frischer Wäsche, die vorgewärmt ist, muss geschickt ausgeführt werden; der kranke Arm krommt zuerst, und am bequemsten werden aufgetrennte Aermel mit Bändern zum Zubinden benutzt.

Besonders bemerkenswerth ist, dass bei Dieffenbach bereits die eisernen Krankenbettstellen mit den hölzernen in Concurrenz zu treten beginnen. Allerdings verhielt er sich zunächst ablehnend gegen dieselben, wie folgender für die Geschichte des Krankencomforts lehrreiche Passus beweist: „Die Bettstellen sind entweder mit Gardinen, ohne Gardinen, von Holz oder von Eisen. Sie haben entweder einen bretternen Boden oder Gurten oder Leinwand, auf dem der Strohsack und darüber die Betten liegen. Dann unterscheiden sich die Bettstellen durch ihre Höhe, ob sie lange oder kurze Beine haben, oder ein- oder zweischläfrig sind. Die Gardinenbetten, welche alte Leute so sehr lieben, haben für Kranke sehr grosse Nachtheile, sie verhindern den Zutritt der freien Luft, besonders wenn sie in engen, dunklen Zimmern stehen. Oben auf ihrem breiten Bretterhimmel trifft man oft wohl eine ganze Polter- und Vorrathskammer an, alte Stiefeln, Schuhe, Seife und Aepfel, in den Ecken der Gardinen Spinnen und Spinnengewebe, und auf dem Bretterboden unten im Stroh Mäusenester und quikende Junge, in den Ritzen Wanzen und im wurmstichigen Holz Todtenuhren. Unter dem Bett allerlei unbrauchbaren Hausrath und im Winter wohl Kartoffeln und Kohl. Solch eine Bettstelle taugt nicht für einen Kranken, auch wenn sie die schönsten Betten enthielte. Eine gute Bettstelle muss keine Gardinen haben, mässig hoch sein; nur für Kranke, welche äusserliche Schäden haben, besonders Knochenbrüche, etwas hochbeinig, damit der Arzt sich beim Verbande

führen verhindern. Der Nachtstuhl für aufstehende Kranke darf nach Dieffenbach nie im Zimmer geduldet werden. Auf seinen Rand soll, um Erkältung zu vermeiden, ein Stück wollnes Zeug gelegt werden. Schwerkranke brauchen ein zinnernes Steckbecken mit breitem Rande. Man hat auch schon (1832) Steckbecken, welche einen breiten, mit Tuch überzogenen Rand haben, welcher abgenommen oder in die Höhe geschlagen werden kann, wenn man den Inhalt ausgiessen will. Um den üblen Geruch im Krankenzimmer beim Forttragen des Nachtgeschirrs zu vermeiden, construirte Hammer (vgl. Dieffenbach, a. a. O. S. 105) ein Krankenbett, bei dem der Kranke den Stuhlgang durch einen runden Ausschnitt in der Matratze entleeren kann. Darunter befindet sich ein künstliches Nachtgeschirr, dessen Deckel sich durch einen eigenen Mechanismus schliesst, und zwar so genau, dass nicht der geringste Geruch ausströmt (1832!). Zur Aufnahme des Harns dienen porzellanene, irdene oder zinnerne Töpfe, von denen nur die erstgenannten tauglich sind, oder auch Uringläser vom weissem Glase. Für Schwerkranke hat man längliche, platte Urinflaschen mit engem Halse, die zwischen die Schenkel gelegt werden. Den unangenehmen Anblick eines vollen Uringlases auf dem Tische verbirgt man nach Dieffenbach den Augen dadurch, dass man es mit einem Ring von Papier, mit einer Stecknadel zusammengesteckt, umstellt und das Glas mit einem Bogen Papier zudeckt. Auch über die Art der verschiedenen Umschläge, der kalten, warmen, flüssigen, breiigen, halbfleuchten, halbtrockenen und ganz trockenen finden sich eingehende und vortreffliche Angaben, ebenso über die Anwendung von Eis am Krankenbette, über Eiscompressen und Eisblasen, sowie Bügelgestelle (ähnlich den jetzigen Reifenbahnen) und quer über das Bett gespannte Tonnenreifen, an denen die Eisblase aufgehängt wird. Sodann werden erwähnt Breiumschläge mit Hafergrütze, ferner erwärmende Kissen aus Leinwand mit Sand, Kleie, Roggen- oder Bohnenmehl, Kamillen- oder Fliederblumen, aromatischen Kräutern gefüllt, das Hineinstecken ganzer Körpertheile in warmen Sand oder erwärmte Kleie, Einwickelungen mit baumwollner Watte oder lockerer Kammwolle, die mit Leinwand oder einer Flanellempresse befestigt wird. Von Pflastern: Heftpflaster, Senf- und Blasenpflaster. Gegen das Durchliegen dient ein weich-gegerbtes Hirschleder, eine Elendshaut, bei geringen Mitteln ein kleines wohlfeiles Rehfell. Auf dieses Hilfsmittel des Krankencomforts hatte, wie oben erwähnt, bereits Pfähler (1793) hingewiesen.

Den aufblasbaren Luftkissen, welche gerade um das Jahr 1830 in die Krankenpflege eingeführt wurden, war Dieffenbach abhold. Ein Kranz aus Waschleder (wie ihn schon May 1784 empfiehlt), mit Pferdehaaren nicht sehr dick gestopft, ist ihm die beste Unterlage für das Kreuz. Gegen das Durchliegen der Hacken empfiehlt er Unterlagen von zusammengefalteten Tüchern unter den Waden, damit die Fersen hohl liegen und kleine gepolsterte lederne Hackenringe, von den ver-



1830 herum, wo insbesondere auch die Cholera zur Verbesserung und Hebung des Krankencomforts erheblich beitrug, gänzlich durch künstliche Metallwärmer mit Heisswasserfüllung verdrängt. Damals kamen zuerst die auch heute noch gebräuchlichen länglichrunden, platten, gebogenen blechernen Bauchwärmer auf, welche mit Stöpsel oder Schraube verschlossen, und mit einem Bande um den Leib befestigt wurden, ferner auch die zinnernen, mit Schraubenvorrichtung und Henkeln versehenen Heisswasserbehälter.

Bei der Wiedergabe der vorstehenden Schilderungen, welche sich an die erwähnten Werke über Krankenpflege aus den dreissiger Jahren anlehnen, haben wir uns auf das Wichtigste beschränkt, da eine eingehendere Behandlung des historischen Materials hier zu weit führen würde. Es dürften jedoch die verzeichneten Angaben hinreichen, um ein zutreffendes und getreues Bild des damaligen Krankencomforts darzubieten. Man kann sich in der That nicht verhehlen, dass die technischen Hilfsmittel der Krankenpflege bereits zu jener Zeit in anerkennenswerther Vervollkommenung und Mannigfaltigkeit ausgebildet waren. Wenngleich aber der Fortschritt, welcher in den ersten Jahrzehnten des 19. Jahrhunderts auf dem Gebiete des Krankencomforts gemacht wurde, ein sehr bemerkenswerther und in die Augen fallender ist, so ist andererseits doch zu constatiren, dass man damals noch von einer nach therapeutisch-wissenschaftlichen Gesichtspunkten geordneten, planmässigen Verwendung aller dieser technischen Hilfsmittel, wie sie heutigen Tages geübt wird, weit entfernt war. Man begnügte sich damit die verschiedenartigen Apparate, Geräthe und gegenständlichen Herleitungen, welche die Technik zur Verfügung stellte, gelegentlich bei der Pflege der Kranken zu benutzen und den gemachten Erfahrungen entsprechend weniger Zweckmässiges durch Geeigneteres zu ersetzen, aber man ging damals noch nicht, wie heute, darauf aus, die gesammte Umgebung des Kranken in eingehender, methodisch durchgeführter Weise den Bedürfnissen des Letzteren anzupassen, um dadurch seine Widerstandsfähigkeit und Genesungsfähigkeit zu erhöhen, oder mit anderen Worten, man erkannte damals noch nicht in vollem Umfange die Bedeutung des Krankencomforts als eines werthvollen, für den Gesamterfolg der Krankenbehandlung nicht zu unterschätzenden, besonderen, direkten Heilfactors. In Uebereinstimmung mit dieser Thatsache steht auch die Wahrnehmung, dass die Krankenzimmer jener Zeit, soweit wir uns ihr Aussehen aus den überlieferten Abbildungen reconstruiren können, den heutigen Ansprüchen an den Krankencomfort noch in keiner Weise genügen; dieselben machen zweifellos einen nicht sehr freundlichen, einen gewissermassen „kahlen“ Eindruck, und es fehlt ihnen fast gänzlich jener auch schon mit geringen materiellen Mitteln erreichbare, dem Kranken so wohlthuende Schmuck, jener ihn erquickende, seine Hoffnung belebende Hauch von Behaglichkeit, welcher nach unseren heutigen Begriffen eine unerlässliche Zugabe bei der Ausstattung der modernen Krankenzimmer bildet.

Diese Bestrebungen hatten in der weiteren Folge auf der einen Seite die Wirkung, dass durch die erhöhte Fürsorge für geeignete Reinigung und Lüftung der Krankenzimmer der Krankencomfort gefördert wurde, insofern sich die Kranken bei der gesteigerten Sorgfalt, die man ihnen in hygienischer Beziehung zu Theil werden liess, nicht nur geistig und körperlich wohler befanden und die Zahl der Hospitalinfectionen auf ein Minimum herabsank; auf der andern Seite aber litt der Comfort der Kranken dadurch Noth, dass man in dem übereifrigen Bemühen, nur ja jedes Stäubchen auszutilgen, die Krankenzimmer von Allem gänzlich entblösste, was über das Maass des unbedingt Nothwendigen ein Wenig hinausgeht, aber doch eine günstige Wirkung auf das Befinden des Kranken und seine Widerstandsfähigkeit äussern kann, weil es ihm Annehmlichkeit, Bequemlichkeit, ja bei allen Sorgen und Kümernissen, die durch die Erkrankung hervorgerufen werden, sogar ein gewisses Gefühl der Behaglichkeit zu verschaffen vermag. Die Consequenz dieser Verhältnisse war, dass die Krankenzimmer in ihrem Inneren wiederum jene abstossende Leere und Kahlheit zu zeigen begannen, welche ihnen, wie oben geschildert, schon hundert Jahre zuvor ein unerfreuliches Gepräge verliehen hatten und dem Kranken den Aufenthalt im Hospitale verleiden. Sie waren auf dem besten Wege wiederum das Ansehen gefängnissartiger Bauten anzunehmen, deren Einwirkung auf das Gemüth und den Zustand des Kranken Nichts von ihrer Unzuträglichkeit und Unzweckmässigkeit dadurch einbüsste, dass der Fussboden nunmehr statt der früheren Holzdielen mit Terrazzo bekleidet, die Wände der Krankenzimmer nicht tapeziert, sondern mit Oelfarbe gestrichen, die Betten statt von Holz von Eisen und die Tische mit Glasplatten gedeckt waren. So lagen die Verhältnisse, als im Jahre 1890 E. v. Leyden und M. Mendelsohn ihre erfolgreichen Bestrebungen begannen, den Kranken aus therapeutischen Gesichtspunkten eine angenehmere und freundlichere Umgebung zu schaffen und ihnen ein erhöhtes Maass von Bequemlichkeit und Behaglichkeit darzubieten, Bestrebungen, welchen in erster Linie der bedeutsame Aufschwung auf dem Gebiete des Krankencomforts zu verdanken ist, in welchem wir gegenwärtig in Deutschland begriffen sind, und welche insbesondere die Aufmerksamkeit auch der ärztlichen Kreise auf dieses von ihnen bis dahin so sehr vernachlässigte Arbeitsgebiet hingelenkt haben.

### **3. Umfang und Ziele der Fürsorge für den Krankencomfort. Krankencomfort im Hospital und im Privathause.**

Die Fürsorge für den Krankencomfort verfolgt gegenwärtig in der Hauptsache zwei Ziele: Erstens sucht sie für die Räume, in welchen die Kranken sich während der Dauer ihrer Erkrankung befinden, eine derartige innere Einrichtung und Ausstattung zu schaffen, dass auf der einen Seite zwar den Ergebnissen der hygienischen Forschungen in nach-

in ihrer Anwendung am Krankenbette einen wesentlichen direkten Heilfactor repräsentirt, welchen man dem Kranken in möglichst ausgedehntem Maasse zur Verfügung zu stellen bemüht sein muss, zeigt auf das deutlichste, ein wie erspriessliches und erfolgreiches Feld der Krankenfürsorge der weiteren Bebauung erschlossen worden ist.

In den nachfolgenden Ausführungen, welche sich zum Ziel gesetzt haben das gegenwärtige Niveau des Krankencomforts sowie die Ergebnisse neuerer Bestrebungen auf diesem Gebiete der Krankenpflege eingehender zu schildern, dürfte es sich als zweckmässig erweisen den Krankencomfort, wie er in einem modernen Hospitale zur Verfügung steht, und den Krankencomfort, wie er für die Pflege eines Kranken im Privathause erforderlich ist, in gesonderter Betrachtung abzuhandeln, weil die Verhältnisse des Krankenhauses schon dadurch von den Verhältnissen im Privathause in sehr erheblicher Weise abweichen, dass in einem Hospitale ja von vornherein Alles auf die Bedürfnisse kranker Menschen zugeschnitten ist und die Krankenpflege den eigentlichen Zweck des Krankenhauses darstellt, während im Privathause, welches einen Kranken beherbergt, erst beim Beginne der Erkrankung alle Hilfsmittel des Krankencomforts in Bereitschaft gesetzt werden, und hier das Maass an Krankencomfort, welches dem Kranken dargeboten werden kann, ein ausserordentlich wechselndes und von äusseren Umständen abhängiges ist.

#### 4. Fürsorge für den Krankencomfort im Hospital.

##### a) Innere Einrichtung und Ausstattung der Krankenzimmer.

Die Krankenzimmer, welche in den Hospitälern zur Unterbringung und Beherbergung der kranken Individuen bis zu ihrer Wiederherstellung zur Verfügung stehen, unterscheiden sich in erster Linie dadurch von den Krankenzimmern des Privathauses, dass in ihnen nicht nur ein einziger Kranker, sondern mehrere derselben in einem Raume untergebracht werden. Hieraus ergibt sich die Nothwendigkeit die einzelnen Krankenzimmer in einer solchen Grösse zu wählen, wie sie der Zahl der in dem betreffenden Raume dauernd unterzubringenden Kranken, bezw. der Bettenzahl, entspricht. Die Grösse der Krankenzimmer ist demgemäss in den Hospitälern eine sehr verschiedene, da die Ansichten darüber, wie viele Kranke man in demselben Raume zu gleicher Zeit betten dürfe, ohne dadurch für den einzelnen Kranken zu erhebliche Nachtheile hervorzurufen, auch heute noch sehr auseinandergehen. Indessen hat sich, entgegen den früheren Anschauungen, doch mehr und mehr die Ueberzeugung Bahn gebrochen, dass man im Allgemeinen gut daran thut in den Hospitälern lieber eine grössere Anzahl entsprechend kleinerer Räumlichkeiten mit verhältnissmässig geringerer Bettenzahl für die Unterbringung der Kranken zur Verfügung zu stellen,

ausser Frage, dass schon der blosse Anblick einer Reihe Schwerkranker mit ihrem leidenden Gesichtsausdruck und ihren oft von Schmerz und Kummer erfüllten Mienen, der ja, wie wir uns täglich überzeugen können, schon viele gesunde Menschen ängstigt und abstösst, den Kranken, welcher unangenehmen Eindrücken gegenüber noch um vieles empfindlicher ist, mit Furcht und Grauen zu erfüllen vermag. In gleicher Weise wirkt auch die Wahrnehmung von Blut, Eiter, chirurgischen Instrumenten etc. höchst beunruhigend auf kranke Personen ein, ebenso wie das Geräusch fortwährenden Hustens, Stöhnens und Wehklagen Schwerkranker. Sodann erscheint es nothwendig, dass dem Schamgefühl der Kranken in höherem Maasse Rechnung getragen werden als dies möglich ist, wenn in einem grösseren Krankenraume eine grosse Reihe belegter Krankenbetten vollkommen frei nebeneinander stehen. Es leuchtet ein, dass es für viele Kranke mit sehr peinlichen Empfindungen verbunden sein muss, wenn sie sich, aller Regeln des sonst gewohnten Anstandes zum Trotz, in die Nothwendigkeit versetzt sehen, vor einer verhältnissmässig grossen Anzahl fremder Zuschauer ihren Urin und Stuhlgang zu entleeren und bei der Vornahme nothwendiger ärztlicher Untersuchungen oder der Ausführung gewisser Handreichungen von Seiten der Krankenwartung, wie bei Darmeingiessungen, beim Katheterismus etc. ihren Körper coram publico vollständig zu entblössen. Dass derartige Situationen das psychische Gleichmaass der Kranken erheblich zu tangiren vermögen, begreift sich besonders, wenn man bedenkt, dass eine nicht geringe Zahl von Individuen überhaupt nicht in der Lage ist, in Gegenwart auch nur einer einzigen anderen Person, mag sie selbst der Arzt oder Krankenpfleger sein, eine Harnentleerung oder Defäcation zu bewerkstelligen.

Alle diese Nachtheile lassen sich schon dadurch wesentlich mildern, dass man die Bettenzahl in den Krankenräumen herabsetzt. Die höchste Krankenzahl, welche gegenwärtig in einem Raume für statthaft gilt, beträgt 20—30, jedoch ausschliesslich für Barackenbauten, während man in den eigentlichen Krankenhaussälen gewöhnlich eine Belegzahl von nur ca. 10 Krankenbetten wählt. In einer nicht geringen Anzahl neu erbauter Krankenhäuser, besonders in Specialkrankenhäusern, ist die Bettenzahl der einzelnen Krankenräume mit Erfolg auf nur 4 bis 6 beschränkt worden. Was die Grösse der Krankensäle anlangt, so rechnet man gewöhnlich auf das Bett einen Flächenraum von 8 bis 9 qm und einen Luftraum von 35—40 cbm. Die Höhe der Krankensäle beträgt meist 4—5 m (Ruppel).

Um die schädlichen, psychischen Eindrücke abzuschwächen, welche durch das Zusammenliegen mehrerer Kranker in einem Raume veranlasst werden können, hat man die Anbringung verschiedenartiger Trennungs-Vorrichtungen in den Krankensälen vorgeschlagen. Ganz verlassen ist heute die Erbauung sogenannter Bettalkoven, bei welchen die Krankenbetten mit aus Backsteinen aufgeführten, hüttenartigen Ummauerungen versehen sind, da bei der Anwendung derselben sowohl der Zutritt frischer

fernt und erneuert werden kann. Am besten ist es, wenn der Stoff an einigen Knöpfen der Eisenrahmen angeknüpft wird (Fig. 6). Ferner ist Sorge dafür zu tragen, dass die Bettschirme genügend fest auf dem Boden stehen, um das sehr störende Umfallen zu vermeiden. Zweckmässiger jedoch als die transportablen Bettschirme dürfte eine Vorrichtung sein, welche M. Mendelsohn als Separationsmittel empfohlen hat (Comfort d. Kranken pag. 56). Es sind dies die in den Krankenhäusern noch viel zu wenig angewendeten Krankenbett-Portièren (Porte-rideaux), wie sie in französischen Hospitälern oft zu finden sind. Sie bestehen aus einer zwischen je 2 Betten von der Wand aus in das Innere des Krankensaales verlaufenden Metallstange, an welcher eine in Ringen hängende Gardine angebracht ist, die durch Schnüre vor- und zurückgezogen werden kann. Da die Gardine nur vorübergehend ausgebreitet zu werden braucht, so fällt der der Luftventilation ungünstige Einfluss der dauernden Bettvorhänge bei ihrer Anwendung fort. Die Handhabung der Schnüre kann man den Kranken selbst überlassen, jedoch natürlich auch, wo dies nothwendig wird, das Pflegepersonal damit betrauen. Ich halte es für zweckmässig, die horizontale Eisenstange in einer Höhe von ca. 2 m über dem Boden anzubringen, damit sie weder den Arzt bei der Untersuchung des Kranken noch das Pflegepersonal bei seinen Handreichungen am Krankenbette behindert. Auch bei dieser Vorrichtung ist es nothwendig einen leicht desinficirbaren Stoff zu wählen und ihn so zu befestigen, dass er mühelos entfernt, bezw. erneuert werden kann.

Die Wände der Krankensäle werden jetzt in den Krankenhäusern nirgends mehr mit Tapeten bekleidet, da die Desinfection derselben umständlich und schwer zu erreichen ist. Vielmehr wird allgemein der Anstrich mit Oel- oder Emailfarbe verwendet, welcher ein häufiges Abwaschen mit Seifen- oder Carbolwasser gut verträgt. An denjenigen Stellen, an welchen die Wände den Plafond und den Fussboden berühren, ist man bemüht, alle winkligen Knickungen zu vermeiden, da sich dieselben als besondere Staubfänger und als sehr schwer desinficirbar erwiesen haben; man wählt statt dessen an den Berührungstellen allgemein abgerundete Ecken. Die Verwendung von Holzleisten an der Grenze zwischen Plafond und Wand oder Fussboden und Wand zur Dichtung oder Verzierung erscheint nach unseren heutigen Begriffen völlig ausgeschlossen. Hingegeben kann man, um die Wände der Krankenzimmer nicht allzu kahl und monoton erscheinen zu lassen, durch Verwendung zweier verschiedener Farbentöne beim Anstrich, auch durch Bemalung mit einer einfach gemusterten Bordüre und Anbringung einiger einfacher Blatt- oder Blumenornamente für einige Abwechslung Sorge tragen. Die Grundfarbe der Wände muss jedenfalls eine helle sein, da dunkle Farben auf das Gemüth des Kranken ungünstig einwirken und ihn traurig stimmen, überdies auch die Helligkeit des Krankenzimmers, welche ja besonders im Hinblick auf die Beobachtung des Kranken durch Arzt und Pflegepersonal unumgänglich

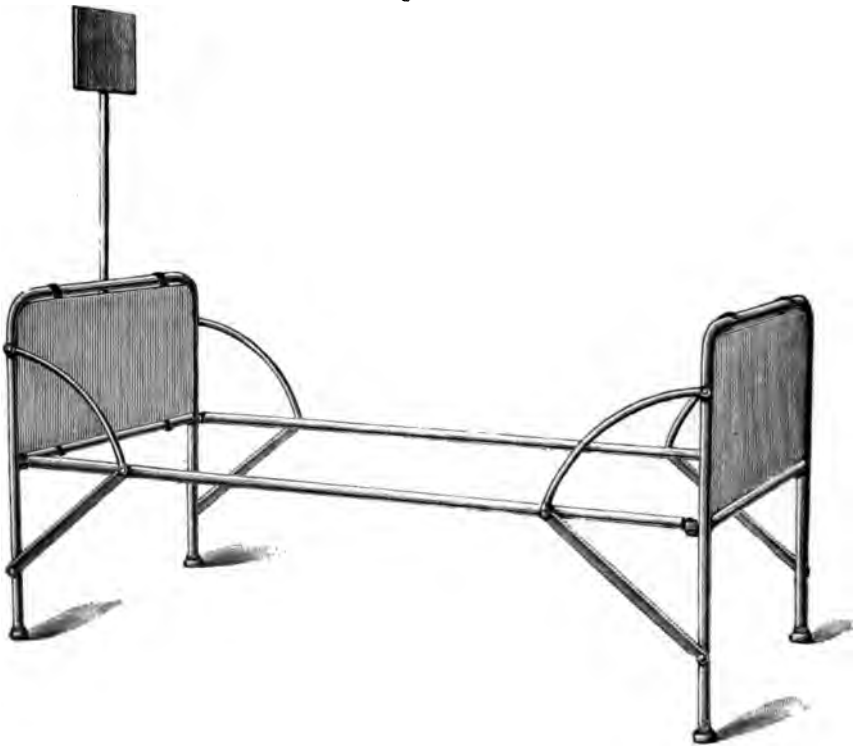
auf das Krankenbett fällt, bei zweiseitiger Belichtung hingegen so, dass das Kopfende der Krankbetten an der gefensterten Wand steht. Die Fenster selbst werden gewöhnlich als Doppelfenster angelegt, da diese den Krankenraum besser gegen die Einflüsse der Witterung, gegen Erhöhungen und Erniedrigungen der Aussentemperatur abschliessen. Fensterahmen und Fensterkreuze aus Schmiedeeisen verdienen vor den hölzernen entschieden den Vorzug, da die letzteren leicht verquellen und nicht so dicht schliessen. Die Fenster müssen so eingerichtet sein, dass sich die oberen Flügel, welche in hervorragendem Maasse zur Lüftung benutzt werden, für sich allein öffnen lassen, und zwar so, dass das Zuströmen der Aussenluft beliebig regulirt werden kann, was man am besten durch die Einrichtung verstellbarer Kippfenster erreicht. Auch sonst empfiehlt es sich, einige Fensterscheiben in sogenannte stellbare Glasjalousien umzuwandeln, deren einzelne parallele Glasplatten im ganz offenen Zustande horizontal stehen, während sie im geschlossenen Zustande vertikal gerichtet sind und sich dachziegelförmig decken. Für die Innenfenster verwendet man zweckmässig etwas stärker grünliche, gemattete, mit paralleler Längsriefung versehene Scheiben, sogenanntes Cathedralglas, welches die zu intensiven Sonnenstrahlen abwehrt. Diesen Zweck erreicht man ferner durch leicht waschbare und leicht abnehmbare leinene Fenstervorhänge, die nach Belieben vor- und zurückgezogen werden können, am besten von hellgrüner, hellblauer oder hellgrauer Farbe. Häufig werden auch an der Aussenseite der Fenster, um die Sonnengluth von den Krankenräumen abzuhalten, sogenannte Rolljalousien aus grüngestrichenen Holzstäben oder Stoffmarquisen angebracht, die mittelst verstellbarer Eisenstäbe regulirt werden; von hölzernen Fensterläden, wie sie früher allgemein gebraucht wurden, ist man hingegen jetzt ganz zurückgekommen, da sie unbequem zu handhaben sind.

Die Thüren der Krankensäle werden gewöhnlich an denjenigen Wandseiten der Räume angebracht, an welchen sich keine Fenster befinden, da alsdann das Eintreten von Zugwind beim plötzlichen Oeffnen der Thür eher vermieden wird. Sie müssen vor Allem genügend breit sein, um die Krankbetten und die grösseren Geräthschaften des Krankencomforts in bequemer Weise durch sie hindurchtransportiren zu können; ihre Breite ist daher auf mindestens 1 m festzusetzen. Ferner ist zu betonen, dass die einflügeligen Thüren für das Pflegepersonal bequemer zu handhaben sind als die zweiflügeligen, und dass das Oeffnen und Schliessen der ersteren sich schneller und geräuschloser bewerkstelligen lässt als das der letzteren. Thürschwellen sind mit Rücksicht auf die Unbehilflichkeit vieler Kranker und überhaupt im Hinblick auf einen möglichst schonenden Krankentransport zu vermeiden. Die Thüren werden gewöhnlich aus Holz hergestellt, welches mit Oelfarbe übermalt wird; sie müssen möglichst glatt sein, ohne vorspringende Leisten und Verzierungen, damit es möglich ist, sie gründlich zu reinigen. Neuerdings verwendet man auch schon vielfach steinerne Thürfüllungen.

Die Krankbetten stehen gewöhnlich parallel zu einander in Reihen

zu niedrige Lage des Bettbodens unnöthig erschwert, ein Umstand, der in Hinsicht auf die gründliche Beseitigung von Staub und Ansteckungsstoffen in den Krankenräumen sehr ins Gewicht fällt. Die Krankenbetten (Fig. 7) bestehen somit zumeist aus zwei verticalen, parallel stehenden, hufeisenförmiggebogenen Eisenstäben, eisernen Röhren (Gasrohr) oder aus nahtlosen Stahlröhren (Mannesmannrohr), welche durch den in sie eingefügten horizontalen eisernen Bettrahmen in ihrer Lage zu einander fixirt werden. Die verlängerten vier Schenkel der beiden Hufeisen

Fig. 7.



Typus eines modernen eisernen Hospitalbettes mit Kopf- und Fuss-Einsatzplatten und Betttafel.

stellen die Bettfüsse dar, an deren auf dem Fussboden stehenden Enden man früher allgemein eiserne Rollen anbrachte, um die Krankenbetten leichter beweglich zu machen. In letzterer Zeit ist man jedoch von der Verwendung dieser drehbaren Rollen an den Krankenbetten mehr und mehr zurückgekommen, da es sich herausgestellt hat, dass bei dauernder Besetzung aller vier Bettfüsse mit Rollen das Krankenbett zu leicht in Bewegung geräth, und die Vornahme von Handreichungen am Krankenbette dadurch beeinträchtigt wird. Bringt man dagegen nur zwei Rollen an den Krankenbetten an, entweder an den

füßen des Kopfendes oder denen des Fussendes, so leidet wiederum die Transportfähigkeit des Bettes. Angesichts dieser Verhältnisse lässt man neuerdings in den Krankenhäusern die Rollen unter den Bettfüßen einzusetzen und verwendet als Ersatz für die Zwecke des Krankentransportes eigene Bettfahr-Apparate, von denen noch weiterhin die Rede sein wird, welche man nur nach Bedarf zeitweise an den Bettstellen befestigt.

Da man gegenwärtig im Interesse einer leichten und gründlichen Desinficirbarkeit aller Gegenstände in den Krankenzimmern der Hospitäler nur die Herstellung derselben ausschliesslich solche Materialien verwendet, welche einerseits für das Haften von Infectionserregern einen ungünstigen Nährboden darstellen, andererseits durch die häufige Benetzung mit antiseptisch wirkenden Lösungen nicht leiden, so ist die Verwendung von Holzbettstellen in den Krankenhäusern der Neuzeit gänzlich erlassen worden, während dieselben, wie wir aus unserer historischen Betrachtung ersehen, in früheren Zeiten ausschliesslich im Gebrauch waren. Die Vorzüge, welche die Anwendung eiserner Krankenbetten gewährt, sind nach den heutigen wissenschaftlichen Anschauungen so schwerwiegend, dass die wenigen Einwendungen, welche gegen sie erhoben worden sind, nicht zur Geltung gelangen können. Unter diesen Einwänden wurde besonders ins Feld geführt, dass die eiserne Bettstellen für die Fussende eines Hospitalbettes mit gespaltener Einsatzplatte für Extensionszwecke.

Fig. 8,



Es ist zu bemerken, dass die eiserne Bettstellen für die Fussende eines Hospitalbettes mit gespaltener Einsatzplatte für Extensionszwecke. Dieser Einwurf keineswegs

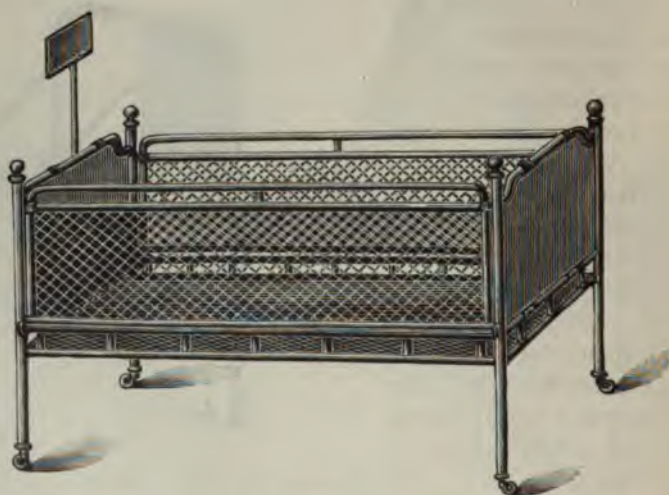
inhaltig, da die Kranken ja mit dem Bettgestell selbst gar nicht in Berührung kommen, wenn für eine gute innere Ausstattung der Krankenzimmer gesorgt ist. Im Uebrigen hat man, um die Möglichkeit einer zu starken Abkühlung der Kranken und eines zu starken Hindurchstreichens der Luft durch die Krankenbetten völlig auszuschliessen, vielfach am Kopf- und Fussende in der hufeisenförmigen Krümmung des eisernen Bettgerüsts neuerdings Einsatzplatten angebracht, welche jederzeit bequem herausgenommen und leicht desinficirt werden können. Verwendet man als Herstellungsmaterial zu diesen Platten noch Holz, so ist es empfehlenswerth, dieselben mit einem leicht abwaschbaren Ueberzug von Leinwand oder Gummistoff zu versehen. Wählt man, was vorzuziehen ist, metallene Einsatzplatten, so kann man an ihrer Innenseite einen Aufstrich von Linoleum anbringen oder ein schmales, quer über das Bett laufendes Holzbrettchen, die sogenannte Fussleiste, einfügen, welche



verhindert, dass die Füße des Kranken direkt mit der Einsatzplatte in Berührung kommen. Am besten aber verhindert man eine solche Berührung durch Einlegen einer mit Rosshaar gefüllten Fussrolle in das Krankenbett. Für die Zwecke der permanenten Extension verwendet man auf chirurgischen Abtheilungen häufig Betteinsatzplatten, welche in ihrer Mitte senkrecht gespalten sind, so dass bald der eine, bald der andere Theil je nach Bedarf herabgeklappt werden kann (Fig. 8).

Aehnliche Einsatztheile wie die bereits erwähnten, welche in die Pfosten des Krankenbettes zeitweise eingehakt werden können, finden auch an den Seitenflächen der Krankenbetten, vom Kopfende zum Fussende reichend, bisweilen Verwendung. Jedoch bilden diese keinen

Fig. 9.

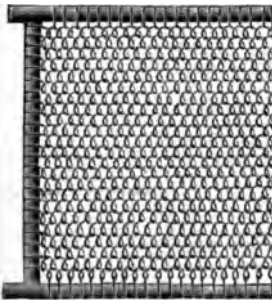


Eisernes Kinderkrankenbett für Hospitäler mit herunterklappbaren Seitentheilen aus Drahtgeflecht und Betttafel.

dauernden Bestandtheil der Krankenbetten, sondern werden nur bei ganz bestimmten Gruppen von Kranken in Gebrauch gezogen. Es handelt sich hierbei um lange, schmale, rechteckige Holzplatten, welche man in die Seiten des Bettgerüsts bei der Pflege unruhiger, delirirender oder an Krämpfen leidender Kranker einsetzt, um ein Herausfallen beziehungsweise Herausspringen der Kranken aus dem Bett zu verhindern. Bei Kranken mit starken Aufregungszuständen müssen diese Seitenbretter möglichst hoch gewählt werden, damit der Kranke sie nicht übersteigen kann. Man verwendet in diesem Falle mit Vortheil die sogenannten Kastenbetten, wie sie in Anstalten für Geisteskranke häufig zu finden sind. Bei diesen Betten liegt der horizontale eiserne Bettrahmen niedriger als gewöhnlich, während die Einsatztheile des

barkeit Rücksicht zu nehmen. Hieraus ergibt sich, dass nur solche Bettböden in die horizontalen Eisenrahmen des Bettgestells eingesetzt werden dürfen, welche diesen beiden Anforderungen, welche vom Standpunkt einer vernunftgemässen Krankenpflege zu stellen sind, genügen. Wenn auch die Kranken nicht unmittelbar auf dem Bettboden liegen, sondern von demselben durch die eigentliche gepolsterte Bettmatratze getrennt sind, so hängt doch die hinreichende Weichheit und Nachgiebigkeit des Lagers sehr wesentlich von der Elasticität des Bettbodens ab. Der Bettboden muss die Eigenschaft besitzen, bei Einwirkung circumscribten Druckes an einer bestimmten Stelle nachzugeben, beim Aufhören dieses Druckes jedoch in seiner ganzen Ausdehnung die gleiche elastische Spannung wiederzugewinnen und dauernd beizubehalten wie zuvor; er muss im Stande sein, den local ausgeübten Druck oder Zug nach allen Seiten hin gleichmässig zu vertheilen und dadurch den von ihm ausgeübten Gegendruck gegen den Körper des Kranken zu mildern.

Fig. 11.



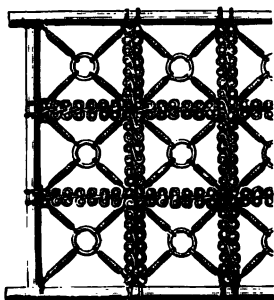
Elastischer Bettboden, aus  
Spiraldraht geflochten  
(schematisch).

Die beste Polstermatratze vermag nicht dem Kranken ein zweckentsprechendes Lager zu schaffen, wenn der Bettboden, auf dem sie ruht, die genannten Eigenschaften nicht besitzt. Es ist hierbei besonders zu bedenken, dass ein Kranker gegen Unbequemlichkeiten, wie sie durch ein unzureichendes Lager bedingt sind, um vieles empfindlicher ist als ein Gesunder, der durch häufigen activen Lagewechsel eher im Stande ist, Abhilfe zu schaffen und nicht gezwungen ist, eine grössere oder geringere Anzahl von Tagen und Nächten hinter einander dauernd das Bett zu hüten. Harte und unnachgiebige Bettböden, wie man sie früher verwendete, sind daher ganz auszuschliessen, also insbesondere solche

aus Holz oder Eisenplatten; auch die aus kreuzweis zu quadratischen Feldern geflochtenen Bettböden aus starken Leinwandgurten oder Band-eisen haben keine genügende Elasticität. Das Gleiche gilt von dem in den Privathäusern für die Lagerstätten der Gesunden nach vielfach verwendeten aus vertical gestellten sogenannten Sprungfedern gebildeten Bettböden, welche ihre Elasticität stellenweise durch dauerndes Zusammengedrücktbleiben einzelner Sprungfedern leicht verlieren. Bei den Sprungfederböden kommt es ferner leicht zu einer Durchbohrung der Leinwandgurte, zwischen welche die einzelnen Sprungfedern eingesetzt sind. Ferner hat sich gezeigt, dass bei der Verwendung von Leinwandgurten, ebenso wie bei der Verwendung von Holz die Desinfectionsfähigkeit der Bettböden, sowie die Fernhaltung von Ungeziefer erschwert wird. Man verwendet daher in den Hospitälern heutzutage mit Vorliebe solche Bettböden, welche ein einheitliches, horizontal gespanntes, elastisches Metallnetz darstellen, mit welchem das Lumen des horizontal-liegenden eisernen Bettrahmens bespannen wird. Man bedient sich zur

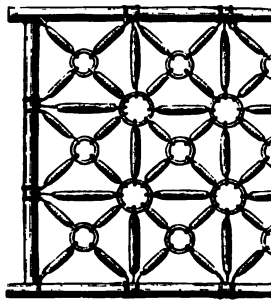
allein zur Aufbewahrung der nöthigsten Waschutensilien und höchstens noch der Schuhe des Kranken dienen, während Esswaaren und Kleidungsstücke unter keinen Umständen in ihnen untergebracht werden dürfen, so thut man gut, die an ihnen angebrachte Schublade, die unausrottbare Quelle vieler Diätfehler und Fiebersteigerungen bei den Krankenhausinsassen, entweder ganz fortzulassen oder ihre räumliche Ausdehnung möglichst klein zu wählen. Jedenfalls muss die Schublade, welche zweckmässig in langer schmaler Form unter der Mitte der oberen Aufsatzplatte des Nachttisches eingehängt wird, ebenfalls aus Metall sein. Zu den Nachttischen selbst nimmt man am besten kleine quadratische Tische, welche ca. 80 cm hoch sind und aus vier verticalen Eisenstäben bestehen, die durch zwei bis drei parallele horizontal liegende viereckige Platten, davon die unteren aus Eisenblech, die oberste aus Glas, mit

Fig. 13.



Elastischer Bettboden (Ketten-Feder-matratze) nach C. Grothoff (schematisch).

Fig. 14.



Elastischer Bettboden aus convergirenden Stahlspiralen nach A. Grothoff (schematisch).

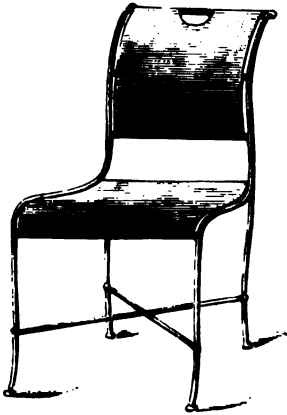
einander verbunden sind und in ihrer Lage zu einander erhalten werden (Fig. 15 u. 16).

Bei einer derartigen Construction der Nachttische ist sowohl eine peinliche Reinhaltung derselben gewährleistet als auch die geheime Aufbewahrung von Gegenständen, durch welche Krankheitserreger übertragen werden können, unmöglich gemacht. Das Arrangement der auf dem Nachttisch zu placirenden Objecte findet zweckwässig in der Weise statt, dass auf der untersten horizontalen Platte eventuell ein paar leichte Lederschuhe für die aufstehenden Kranken, auf der mittleren Platte mit einem Metalldeckel verschlossene Uringlas und auf der obersten aus Glas gefertigten Platte das gleichfalls mit Metalldeckel versehene Speise-glas deponirt werden. Um den Kranken den unangenehmen Anblick des gefüllten Urin- und Speiglas zu entziehen, welcher besonders bei der Nahrungsaufnahme den Appetit der Kranken beeinträchtigen könnte, hat Merke (Krankenhaus Moabit) den Vorschlag gemacht, diese Geräthe des Krankencomforts in kleinen Blechstüben, welche mit einer von

Theile sich jedoch etwas verengen, um ein bequemes Ergreifen seitens des Kranken zu ermöglichen.

Erforderlich sind ferner für die innere Ausstattung der Krankensäle eine Anzahl von Krankenstühlen, um denjenigen Kranken, welchen ein länger dauerndes tägliches Aufstehen vom Arzte gestattet ist, für die Zeit, welche sie in den Bettsälen zubringen, Gelegenheit zum Ausruhen zu bieten. Die Zahl dieser Krankenstühle darf nicht zu gering bemessen werden. Es ist zweckmässig, dass sie der Zahl der in dem betreffenden Raume aufgestellten Krankenbetten genau entspricht. Zu jedem Krankenbette gehört in den modernen Hospitälern auch ein Krankenstuhl, der am Fussende des Krankenbettes seine Aufstellung findet (Fig. 17). Um nicht zu viel Raum dadurch in Anspruch zu nehmen, placirt man

Fig. 17.



Gewöhnlicher eiserner Stuhl  
für Krankensäle.

den Krankenstuhl bei Nichtgebrauch zweckmässig so, dass man seine Sitzplatte unter das Fussende des Krankenbettes hinunterschiebt. Auch die Krankenstühle stellt man heutzutage nicht mehr aus Holz her, sondern man nimmt der leichteren Desinfectirbarkeit halber das Stuhlgerüst aus Eisenstäben oder Gasrohr und bekleidet es mit einer horizontalen Sitz- und einer verticalen Rückenplatte aus Eisenblech. Es empfiehlt sich, dass die beiden Blechplatten eine zweckmässige, der Körperform entsprechende Krümmung haben, dass ferner die Füsse des Stuhles nicht zu hoch, die Rückenlehne nicht zu niedrig oder zu steil gewählt wird, damit dieses Krankengeräth auch wirklich seinen Zweck erfüllen kann, einen bequemen Ruhesitz für den Kranken darzustellen.

Eiserne Klappstühle, den Gartenstühlen ähnlich, haben den Vortheil, dass sie nur wenig Raum beanspruchen; jedoch muss ihr Mechanismus so eingerichtet sein, dass sie nicht plötzlich und unvorhergesehen zusammenklappen können, während der Kranke auf ihnen sitzt, da die Erschütterung des Falles und der Schreck seinen Gesundheitszustand erheblich schädigen würde.

Ausser diesen gewöhnlichen eisernen Krankenstühlen, auf welche bei der Benutzung eine kleine wollene Decke gelegt wird, ist es zweckmässig, in den Krankensälen noch mindestens zwei gut gepolsterte bequeme Lehnstühle, sogenannte Sorgenstühle, aufzustellen, welche speciell für die Benutzung durch sehr schwache Reconvalescenten oder chronisch Kranke, die nur kurze Zeit hindurch am Tage ausser Bett sein dürfen, reservirt sind. Diese Sorgenstühle, welche mit haltbarem und leicht abwaschbarem gutem Ledertuch (Acella) oder einem mit Para-Gummi imprägnirten Stoff überzogen sein müssen, sind gewöhnlich so construirt, dass sowohl die Rückenlehne als auch die Fussunterlage durch eine Zahnstange oder

einen Kurbelmechanismus, der eventuell vom Kranken selbst dirigirt werden kann, leicht in eine Reihe verschiedener Lagen zwischen Vertical- und Horizontalstellung, je nach Wunsch des Arztes oder Neigung des Kranken, gebracht werden kann, um jeder Zeit die für den Kranken zuträglichste Position herbeizuführen. Die Sorgenstühle werden gegenwärtig in sehr vollendeter Ausführung hergestellt. Man kann an ihnen besondere, seitlich verstellbare, gepolsterte Armlehnen und ebensolche seitliche Kopfstützen anbringen; Fussunterlage und Sohlenbrett können in der Mitte gespalten hergestellt werden, damit der eine Fuss des Kranken bei Bedarf höher gelagert werden kann als der andere; die Füße dieser

Fig. 18.



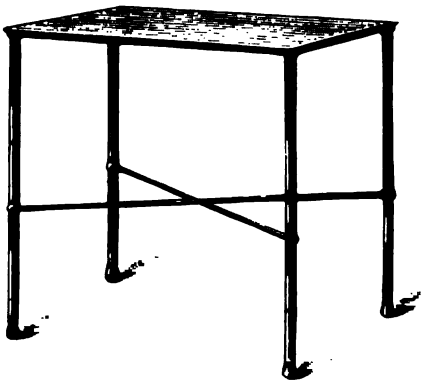
Gepolsterter Sorgenstuhl (mechanischer Krankensessel) für Krankensäle.

Sorgenstühle können mit Gummirollen oder Gummirädern versehen werden, um diese Geräte des Krankencomforts, welche ja trotz der jetzt üblichen leichteren Bauart sonst doch ziemlich schwer beweglich sein würden, bequemer von der Stelle bringen zu können. Es ist zweckmässig, diese Krankenstühle in der Nähe des Fensters zu placiren, um den in ihnen ruhenden Kranken die abwechslungsreichere Aussicht ins Freie, auf die umliegende Landschaft oder die Bäume des Gartens darzubieten und so belebend und zerstreuend auf sie einzuwirken (Fig. 18).

Ausser den bisher genannten Geräthschaften des Krankencomforts ist für jeden Krankensaal noch das Vorhandensein eines oder mehrerer zussätzlicher Tische erforderlich, welche je nach dem zur Verfügung stehenden Raum entweder in der Mitte des Krankensaales zwischen den

beiderseitigen Bettreihen oder an freien Punkten der Wandseiten des Saales Aufstellung finden. Diese Tische dienen entweder zur Aufnahme der für die Kranken bestimmten Arzneigefässe oder auch der für die Notizen des Arztes und Pflegepersonals bestimmten Schreibutensilien. Auch diese Tische müssen aus leicht desinficirbarem Material hergestellt sein; daher wählt man die Tischfüsse sowie den horizontalen Tischrahmen aus Eisen, die Aufsatzplatte des Tisches aus starkem Glas (Fig. 19). Es ist zweckmässig, in grösseren Krankensälen stets mehrere solcher Tische zur Verfügung zu haben, da man alsdann die auf denselben zu deponirenden Objecte in übersichtlicherer Weise anordnen und sich vieles Hin- und Herbewegen in den Krankenzimmern, das auf die Kranken beunruhigend und störend einwirkt, ersparen kann. Am besten ist es,

Fig. 19.



Eiserner Tisch mit Glasplatte  
für Krankenhäuser.

Fig. 20.



Eiserner Verbandtisch mit verschliess-  
barem Schränkchen für Verbandstoffe.

wenn man sowohl für die Arzneien als auch für die Schreibgeräte einen eigenen, für den betreffenden Zweck dauernd bestimmten Tisch aufstellt. Besonders nothwendig ist für die Krankensäle, in welchen chirurgische Kranke untergebracht sind, die Aufstellung eines bestimmten Tisches für Verbandzwecke, eines sogenannten Verbandtisches, welcher stets mit einem frisch sterilisirten Leinwandtuche bedeckt gehalten werden muss und zur Aufnahme einer Anzahl gebrauchsfertiger Verbandmittel in entsprechenden Gefässen dient (Fig. 20). Alle Tische in den Krankenzimmern werden mit frisch gewaschenen und häufig zu wechselnden Leinentüchern bedeckt. Die Verwendung von Holztischen mit Wachtuchüberzug ist weniger empfehlenswerth. Die Aufstellung besonderer Esstische für die ausser Bett seienden Kranken ist unnöthig, da die leichteren Kranken und Reconvalescenten heut zu Tage ihre Mahlzeiten gewöhnlich nicht in den Bettsälen, sondern in besonderen Tagesräumen



einnehmen, während die Schwerkranken gezwungen sind, im Bette liegend oder sitzend zu essen.

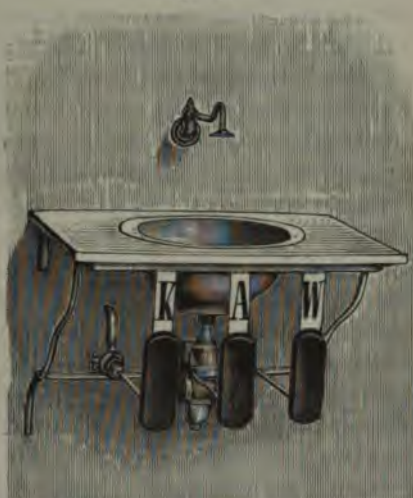
Einen sehr nothwendigen Bestandtheil des Krankencomforts bilden ferner die, in allen Krankensälen in ausreichender Zahl anzubringenden Waschvorrichtungen, welche für die Benutzung seitens derjenigen Kranken, die aufstehen dürfen, an den Wänden Aufstellung finden, und an die allgemeine Wasserleitung angeschlossen werden. Die Waschtische werden entweder, mit ihrem gesammten Zubehör, aus emailirtem Metall hergestellt, oder man verwendet mit Marmorplatten belegte Tische, in welche die Waschschüsseln in der Weise eingelassen sind, dass sie durch Umkippen von ihrem Inhalt befreit werden können. Auch Waschschüsseln mit Kettenabflussventil sind vielfach in Gebrauch, stehen

Fig. 21.



Waschtisch für Krankenhäuser  
mit Kniehebeln.

Fig. 22.



Waschtisch für Krankenhäuser  
mit Kniehebeln.

jedoch an Zweckmässigkeit hinter den Schüsseln, bei welchen der Abfluss durch eine ausserhalb der Schüssel befindliche Handhabe oder durch Kippvorrichtung regulirt wird, zurück. Am besten wählt man Porzellanschüsseln; jedoch darf ihre Zahl nicht zu gering bemessen werden, damit die Kranken des Morgens bei der Toilette nicht zu lange auf einander zu warten haben. Unumgänglich ist es, dass beim Gebrauch der Waschapparate in den Krankensälen jederzeit warmes und kaltes Wasser nach Belieben zur Verfügung steht. Ausserordentlich praktisch sind die Waschtische (E. Lentz), bei welchen ein einfacher, mit dem Knie ausgeübter Druck auf einen Hebel genügt, um je nach Belieben wärmeres oder kälteres Wasser zuströmen zu lassen oder auch das Auslassventil in Thätigkeit zu setzen (Fig. 21 u. 22).

Was die Vorrichtungen zur künstlichen Beleuchtung der Kranken-

säle anlangt, so verwendet man in den grösseren, modern anstatteten Hospitälern fast ausschliesslich elektrische Lichtanlagen, da sich diese Art der Beleuchtung gerade für Krankenzimmer als besonders zweckmässig erwiesen hat. Das elektrische Licht, welches den gläsernen Glühbirnen entstrahlt, besitzt sowohl eine hinreichende Helligkeit als Gleichmässigkeit im Brennen; ausserdem gewährt es den grossen Vortheil, dass es die Luft der Krankenzimmer in keiner Weise durch Verbrennungsproducte verunreinigt. Wie bei der natürlichen Beleuchtung am Tage durch diffuses Sonnenlicht für eine geeignete Anordnung der Fenster zu sorgen ist, so ist auch bei der Montirung der künstlichen Beleuchtung Bedacht darauf zu nehmen, dass die Lampen in den Krankensälen möglichst gleichmässig vertheilt werden, damit nach der des Abends vorgenommenen Entzündung der Flammen über sämmtlichen Krankenbetten die gleiche Lichtintensität herrscht. Die Zahl der Lampen, von denen man zweckmässig einen Theil in der Mittellinie des Plafonds, einen anderen an den Wänden zwischen den Kopfenden der Krankenbetten anbringt, richtet sich natürlich nach der Grösse des Krankensaales und muss so bemessen werden, dass die herabstrahlende Lichtfluth weder zu grell ist, damit sie die Kranken nicht blende, noch zu schwach, damit Arzt und Pflegepersonal bei ihren Verrichtungen am Krankenlager deutlich sehen können. Von grossem Vortheil ist es, wenn die einzelnen Flammen so eingerichtet sind, dass jede von ihnen nach Belieben für sich entzündet und ausgeschaltet werden kann, da man alsdann in der Lage ist, die jedem einzelnen Bette zufallende Lichtintensität genau zu dosiren und nach den individuellen Erfordernissen der Kranken zu reguliren. Um die Helligkeit des elektrischen Lichtes, welche ja bei der Verwendung der Vacuum-haltigen Glühbirnen ohnehin keine übermässige ist, in den Krankensälen zu mildern, hat man vorgeschlagen, die Glasbirnen sämmtlich oder theilweise aus blassgrünem oder blassblauem Glase herzustellen. In den älteren Krankenhäusern findet man vielfach noch Gasbeleuchtung in den Krankensälen. Die Gasbeleuchtung ist billiger als die elektrische; die Gasflammen erzeugen jedoch ziemlich viel Kohlensäure und erhitzen bei längerem Brennen die umgebende Luft in erheblichem Maasse. Empfehlenswerth ist bei Gasbeleuchtung die Verwendung des Auer'schen Glühlichtes, welches die Helligkeit der Lampen wesentlich erhöht und den Gasverbrauch vermindert. Die Gaslampen werden zweckmässig mit einem verstellbaren grünen Lichtschirm aus Blech versehen. Die vom Plafon herabhängenden Lampen werden mit Vortheil so construirt, dass sie in verticaler Richtung verschieblich sind. Zur Nachtzeit ist selbstredend eine viel weniger intensive Beleuchtung erforderlich als am Abend. Meist wird eine einzige milde Flamme, deren Licht durch einen Schirm gedämpft wird, für den Krankenraum ausreichend sein.

Gleich den Beleuchtungseinrichtungen erfordern auch die in den Krankensälen etablirten Heizvorrichtungen hier eine kurze Besprechung. Während man in früheren Zeiten sich ausschliesslich der örtlichen Be-



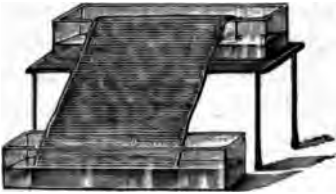
dig, dass diese Temperatur sowohl bei Tage als zur Nachtzeit und abhängig von der durch Witterungsverhältnisse und Jahreszeit beeinflussten Aussentemperatur innegehalten wird. Es erscheint daher unumgänglich, sich fortdauernd über die Wärme der Innen- und der Aussentemperatur zu orientiren; jeder Krankensaal muss demnach 2 Thermometer besitzen, von welchen das eine an der Fensteraussenseite, gegen das directe Auffallen der Sonnenstrahlen geschützt, angebracht wird, während das andere möglichst im Centrum des betreffenden Krankenraumes, am besten am Stativ eines vom Plafond herabhängenden Beleuchtungsapparates, befestigt wird. Die aufmerksame Bedienung und sachgemässige Regulirung der Heizvorrichtung in den Krankensälen ist von ausserordentlicher Wichtigkeit für das Wohlbefinden der Kranken und somit von therapeutischer Bedeutung. Im Allgemeinen gilt in der Krankenpflege der Satz, dass fiebernde Kranke in einer etwas niedrigeren Temperatur, anämische Kranke und solche mit mangelhafter Blutcirculation dagegen in einer etwas höheren Umgebungstemperatur zu halten sind. Bedient man sich der Centralheizung, bei welcher die Verwendung des heissen Dampfes, des heissen Wassers und der heissen Luft in Frage kommt, so geniesst man den Vortheil, dass die mit der Ofenheizung in höherem oder geringerem Grade stets verbundene Belästigung der Kranken durch Staub- und Rauchentwicklung und Geräusch ausgeschaltet wird. Jedoch sind die centralen Heizeinrichtungen erheblich theurer als die früher ausschliesslich angewendeten Ofenanlagen. Unter den verschiedenen Systemen der Centralheizung haben die Warmwasser- und Niederdruck-Dampfheizungen den meisten Anklang gefunden, da sie am besten eine milde, gleichmässige und angenehme Erwärmung der Krankenräume ermöglichen. Beachtenswerth ist, dass die Vertheilung

räusch, Staub und Rauch verursacht wird. Um diese Uebelstände gänzlich zu beseitigen, hat man schon vor längerer Zeit vorgeschlagen, die Kachelöfen so einzurichten und zu placiren, dass ihre Beschickung mit Brennmaterialien nicht innerhalb des Krankenraumes selbst, sondern von einem Vorraum oder dem Flur aus erfolgt; zu bedenken wäre hierbei nur, dass bei der Ausführung dieses Vorschlages man sich der Möglichkeit beraubt, den Ofen gleichzeitig als Lüftungsvorrichtung für den Krankenraum zu verwerthen. Im Uebrigen kann die Sorgfalt des Pflegepersonals viel dazu beitragen, die Missstände, welche mit der Ofenheizung verbunden sind, zu verringern. Durch behutsame und vorsichtige Bedienung der Oefen kann viel Staub, Rauch und Geräusch vermieden werden. Ebenso ist die Wahl eines geeigneten Brennmaterials in dieser Hinsicht beachtenswerth; am besten eignet sich zur Feuerung trockenes Buchenholz. Zur Entzündung des Feuers dürfen nur Zündhölzer verwendet werden, welche keine Phosphor- und Schwefeldämpfe entwickeln. Eine mehrmalige Beschickung der Oefen während eines Zeitabschnittes von 24 Stunden ist nach Maassgabe der Thermometerablesung erforderlich.

Zu der Ausstattung der Krankensäle gehören auch die verschiedenen Lüftungsvorrichtungen, welche einen nothwendigen Bestandtheil des Inventars darstellen. Als die wichtigste Lüftungsvorrichtung können wir die Fenster des Krankenraumes, von welchen schon oben die Rede war, bezeichnen. Durch ihr fleissiges Oeffnen kann die ausgiebigste Lufterneuerung in schneller Weise erreicht werden. Besonders empfehlenswerth ist es für die Zwecke der Lüftung vorwiegend die oberen Fensterflügel (Kippfenster), welche vermittelt einer Metallführung von unten her dirigirt werden können, für diesen Zweck zu verwenden, da ein etwa in Folge des Oeffnens entstehender Luftzug sich alsdann nicht in der Höhe der Krankenbetten, sondern nur in den oberen Regionen des Krankensaales geltend machen würde. Der an den Fenstern anzubringenden Glasjalousien ist bereits gedacht worden. Es ist natürlich nothwendig, dass die Kranken selbst bei der Vornahme einer solchen gröberen Luftventilation, wie sie durch das Oeffnen der Fensterflügel bewerkstelligt wird, gegen jeden directen Zug geschützt werden. Zunächst hat man ein gleichzeitiges Oeffnen der Fenster und Thüren, wodurch fast stets ein starker Luftzug erzeugt wird, in den Krankensälen zu vermeiden; diese stärkste Form der Lufterneuerung vermittelt Durchzuges ist in den Krankenzimmern nur anwendbar, wenn sie nicht oder nur wenig belegt sind und im letzteren Falle die besetzten Krankenbetten besonders sorgfältig durch spanische Wände und Decken gegen die kalte Luftströmung abgeschlossen werden. Im Allgemeinen gilt aber für die Krankensäle der Grundsatz: „Die Fenster sind dazu da, damit sie aufgemacht werden, die Thüren sind dazu da, damit sie zugemacht werden“ (vergl. M. Mendelsohn, Comfort d. Kranken, pag. 24). Da die natürliche Lüftung durch die Fenster hindurch in den Krankenzimmern jederzeit stattfinden kann, so verwendet man zu ihrer

und es schliesslich dahin bringen, dass der betreffende Raum einer Gefangenenzelle ähnlicher sieht, als einem dauernden Aufenthaltsort für trost- und hilfsbedürftige Kranke. Es erscheint durchaus nothwendig, dass den Krankenzimmern der Hospitäler ein gewisser freundlicher, behag-

Fig. 24.



Einfacher Luftanfeuchtungsapparat  
für Krankensäle.

licher, von liebevoller Fürsorge für die Kranken zeugender Charakter gewahrt bleibe. Jeder Kranke, der längere Zeit hindurch dauernd ans Bett gefesselt ist, fühlt ein starkes und berechtigtes Verlangen in seiner nächsten Umgebung Objecte zu finden, welche einen erfreulichen, angenehmen und wohlthuenden Anblick darbieten, seine Gedanken von der Krankheit selbst ablenken, ihn zerstreuen, seine Geduld und Hoffungs- freudigkeit beleben. So wie es un-

barmherzig und grausam wäre, den Kranken in den Hospitälern jedweden Besuch seitens der Angehörigen und Freunde vorzuenthalten und sie auf diese Weise gänzlich von der Mitwelt abzuschneiden, so müssten wir es auch als unrichtig bezeichnen, wenn man diejenigen Objecte, welche ihm die Zeit kürzen und seinen Trübsinn vermindern können, aus seiner Umgebung verbannen wollte.

Fig. 25.



Wasserverdunstungsapparat  
für Krankensäle.

Es ist vielmehr mit Freuden zu begrüßen, dass in letzter Zeit von wissenschaftlicher Seite wiederholt nachdrücklich darauf hingewiesen ist, dass derartige Objecte einen Bestandtheil des Krankencomforts bilden, dessen Wichtigkeit man nicht unterschätzen sollte.

Unter den Objecten, welche hier in Frage kommen, sind in erster Linie die Blumen und Pflanzen zu nennen, durch deren Aufstellung in den Krankenzimmern man den Kranken grosse Freude bereiten kann. In England giebt es besondere Vereine, eigens zu dem Zweck, die Krankenhäuser mit geeigneten Blumen und Blattpflanzen zu versorgen (v. Leyden, „Ueber Specialkrankenhäuser“, 1890. pag. 18). Die wohlthätigen Stiftungen, welche in England, wie auch in Amerika zu den grösseren Hospitälern in enger Beziehung stehen und vielfach deren Gründung veranlasst haben, pflegen an bestimmten Tagen in die betreffenden Krankenhäuser grössere Sendungen derartiger, die Kranken erquickender Objecte abzuordnen. Auch aus den königlichen und den anderen grossen öffentlichen Gärten werden von Zeit zu Zeit Blumensendungen in die Krankenhäuser veranlasst.

die in mannigfachster Form vorhandenen kleinen Zerstäubungsapparate mit zusammendrückbarem Gummiball oder Doppelgebläse und Glaswinkelansatz (Rafrachisseurs). Wir finden hier eine Fülle von auf ähnlichem Princip beruhenden Apparaten, bald mehr, bald weniger elegant ausgestattet; auch Zerstäuber mit automatisch rotirendem Glaswinkelansatz sind angegeben worden, um die Besprühung über einen möglichst grossen Luftraum auszudehnen. Eine ähnliche Wirkung hinsichtlich der Anfrischung und Abkühlung der Zimmerluft haben die sogenannten Wasserverdunstungsapparate, denen das Princip zu Grunde liegt, dass sich das zur Verdunstung bestimmte Wasser allmählig auf einer grösseren Fläche ausbreitet und dabei von der Luft aufgenommen wird. Einen sehr einfachen Verdunstungs-

Fig. 27.



Blick in einen modernen Kinderkrankensaal (Amerika).

apparat zeigt Fig. 24; derselbe besteht aus zwei länglichen Glaskästchen, von welchen das eine durch einen eisernen Untersatz etwas erhöht und mit Wasser gefüllt ist. Aus diesem Glaskästchen hängt ein Stück eines wasserstarkaufsaugenden, lampendochtähnlichen Stoffes in das untere Kästchen hinab, und tropfenweise sickert das Wasser, wie durch Heberwirkung, ganz allmählig in das untere Glaskästchen, wobei es von der Oberfläche des Stoffes verdunstet. Etwas complicirter, jedoch auf gleichem Princip beruhend, ist der in Fig. 25 abgebildete Apparat, der auch für Hospitalzwecke wohlgeeignet erscheint. Das Geräth, das die Form eines Ofenschirms nachahmt, besteht aus zwei, einem oberen und einem unteren, horizontalen kleinen aufklappbaren Blechcylindern, welche durch eine vertikale Platte aus rauhem, porösem Gestein verbunden

wendung gelangen, welche den Kranken von seinen traurigen Gedanken abbringen. Im Hinblick auf die vielfach in den Hospitälern angebrachten Darstellungen religiösen Inhalts erscheint es wichtig darauf hinzuweisen, dass der ernste Eindruck derselben niemals den tröstenden überwiegen darf. Am besten dürften ihren Zweck in den Krankensälen Genrebilder, harmlose Darstellungen aus dem täglichen Leben, hübsche Landschaften erfüllen, und besonders rathsam ist es, die Bilder in den einzelnen Sälen von Zeit zu Zeit mit einander zu vertauschen. Um ängstliche Gemüther, welche meinen könnten, dass durch die Anbringung solcher Bilder die Gefahr der Krankheitsübertragung zu

Fig. 28.



Tageraum eines grösseren Specialkrankenhauses (Alland bei Wien).

sehr vergrößert würde, zu beruhigen, könnte man die Art des Aufhängens derselben an den Wänden so wählen, dass man die Bilder in geeignete flache eiserne Wandkästen mit beweglicher Glathür einstellt, welche einer leichten Desinfection zugänglich sind, den Inhalt von der Aussenluft abschliessen und die sachgemässe Reinigung der Wände nicht behindern.

#### b) Innere Einrichtung und Ausstattung der Nebenräume.

Es ist als ein sehr wesentlicher Fortschritt auf dem Gebiete des Krankencomforts zu bezeichnen, dass man heutzutage nicht nur auf eine sorgfältigere und bequemere Ausstattung der Krankensäle selbst in den Hospitälern in erhöhtem Maasse Werth legt, sondern sich auch bemüht,



Ferner müssen die Räume gut ventilierbar sein, jedoch ist auch hier jede Zugwirkung auf die Kranken sorgfältig zu vermeiden.

Der Ausstattung und inneren Einrichtung der Baderäume wird neuerdings in den Krankenhäusern besondere Sorgfalt zugewendet, seitdem die hydro-therapeutischen Methoden bei der Behandlung der verschiedenartigsten Erkrankungen in erhöhtem Maasse zur Anwendung gelangen. In vielen Krankenhäusern finden wir diese Räumlichkeiten mit hervorragender Eleganz ausgestattet; die Wände der Baderäume werden häufig mit Marmor-Platten oder glasirten Kacheln ausgekleidet, der

Fig. 30.



Erholungsraum eines modernen Hospitals (Amerika).

Fussboden mit Linoleum oder Korkplatten bedeckt, die Fenster mit gematteten Scheiben versehen. Die Temperatur der Luft in den Baderäumen muss dauernd eine wärmere sein, als die in den Krankensälen, ca. 19—20° R., da die Kranken in diesen Räumen längere Zeit hindurch in unbedecktem Zustande verweilen und insbesondere nach der Vornahme von heissen Bädern etc. in besonders hohem Grade der Gefahr einer Erkältung ausgesetzt sind. Die zur Vornahme von Vollbädern dienenden Wannen werden meist aus Zink, wenn die Mittel der betreffenden Anstalt es gestatten, auch aus Kupfer hergestellt. Diese Metallwannen sind jedenfalls den eingemauerten, mit glasirten

räume, welche innerhalb des Hospitals selbst gelegen sind, möglichst zweckentsprechend und dabei doch möglichst bequem und behaglich zu gestalten, sondern es wird neuerdings auch mehr und mehr Werth darauf gelegt, die Umgebung der Krankenanstalten mit Allem zu versehen, was erfreuend und erquickend auf das Gemüth der Kranken einzuwirken vermag. Nachdem man erkannt hatte, dass es zweckmässig sei, die Leichtkranken und Reconvalescenten, also denjenigen Theil der Krankenhausinsassen, welcher den ganzen Tag über ausser Bett sein darf, möglichst viel und möglichst oft, natürlich, so weit die Witterungsverhältnisse und die besondere Art der Erkrankung es gestatten, ins Freie zu schicken, damit frische Luft und Sonnenlicht ihre wohlthätige Wirkung auf den erschöpften oder in der Genesung begriffenen Organismus in ausgiebigem Maasse entfalten können, ist das Bestreben hervorgetreten, den sich ergehenden und erholenden Kranken auch den Aufenthalt im Freien möglichst angenehm zu machen.

Man betrachtet es heutzutage als unerlässlich, dass ein jedes Krankenhaus von grösseren Gartenanlagen umgeben ist, in welchen die Kranken lustwandeln können. Bei denjenigen Krankenhäusern, welche auf dem Lande gelegen sind, lässt sich diese Forderung viel leichter erfüllen, als in grösseren Städten, wo Grund und Boden knapp und theuer sind, und die speciellen örtlichen Verhältnisse oft einer wünschenswerthen Gestaltung der Hospital-Umgebung hindernd in den Weg treten. Die älteren Hospitäler in den grossen Städten haben vielfach nach dieser Richtung hin mit Schwierigkeiten zu kämpfen. In der besten Lage befinden sich die in landschaftlich schöner und reizvoller Gegend erbauten Krankenanstalten in den Cur- und Badeorten. Hier bietet die Natur selbst durch unmittelbar an die Anstalt angrenzende, von Quellen durchrieselte und von schattenreichen Pfaden durchzogene Waldungen oft eine geeignete Umgebung dar.

In den grösseren Städten stehen derartige Vortheile hingegen nicht zu Gebote, und es ist daher auch vom Gesichtspunkte des Krankencomforts, nicht nur aus rein hygienischen Erwägungen, ausserordentlich wünschenswerth, dass durch die nach und nach sich vollziehende Verlegung der grösseren städtischen Krankenhäuser an die Peripherie der betreffenden Städte, für die Schaffung einer zweckmässigeren und comfortableren Umgebung der Anstalten Spielraum geschaffen wird. Am geeignetsten ist es, gleich bei der Erbauung neuer Krankenanstalten solche Terrains zu bevorzugen, welche einen grösseren Parkbestand mit alten, schattigen Bäumen aufweisen, aus welchem sich ein entsprechender Hospital-Garten gewinnen lässt. Natürlich muss ein solcher Garten auch freie Plätze enthalten, zu welchen die Sonnenstrahlen ungehindert Zugang finden, da für viele Kranke gerade ein länger dauernder Aufenthalt im wärmenden und belebenden Sonnenschein besonders wünschenswerth ist. Wenn auch hier keineswegs die über das Ziel hinauschiessende Forderung erhoben werden soll, dass die Hospitalgärten unbedingt mit grossem materiellem Aufwande ausgestattet werden sollen, so erscheint es doch

wendung gelangen und deren Vorhandensein somit sehr wesentlich dazu beitragen kann, die Leiden der Kranken zu verringern und die Wiedergenesung zu fördern. Gerade in der Gegenwart ist man besonders eifrig bestrebt, diese Hilfsmittel des Krankencomforts fort und fort zu verbessern, zu vereinfachen und auch zu verbilligen, um ihre Beschaffung und Verbreitung möglichst zu erleichtern. Ganz im Gegensatz zu früheren Zeiten darf man heute mit Recht stolz darauf sein, dass unsere grossen Krankenhäuser mit Allem, was nur immer an neuen Apparaten und Geräthschaften des Krankencomforts sich als zweckmässig und als ein Fortschritt gegenüber den bisherigen Methoden erweist, von den Verwaltungen in ausreichendem Maasse bedacht werden, so dass es in der That dahin gekommen ist,

Fig. 33.



Saal zum Modelliren, Zeichnen und Malen in einer Anstalt für Geisteskranke  
(Amerika).

dass in den modernen Hospitälern, nicht etwa nur in den Privatanstalten, sondern auch in den grossen öffentlichen Krankenhäusern, welche der Staat und die Gemeinden errichten, dem Kranken die technischen Hilfsmittel der Krankenpflege in solchem Umfange und in solcher Mannigfaltigkeit zur Verfügung gestellt werden, wie sie selbst dem begüterten Privatmann selten erreichbar sind. Das Verhältniss hat sich in letzter Zeit nahezu umgekehrt; während früher die Krankenhäuser aller dieser gegenständlichen Zurüstungen und Erleichterungsmittel fast gänzlich ermangelten, und dieser „Luxus“ nur wenigen materiell gut gestellten Persönlichkeiten zugänglich war, finden wir in den heutigen neuen Krankenanstalten alle Vorrichtungen und Vorkehrungen des Kran-



welches zwar keine grossen Kosten, wohl aber viele Mühe und Zeitversäumniss für die Krankenwartung im Gefolge hat. Zur Füllung der Strohsäcke dient parallel liegendes Richtstroh, das natürlich absolut trocken sein muss und in dem Leinensack, der es umhüllt, möglichst gleichmässig vertheilt wird. Die Rosshaarmatratzen müssen gleichfalls gut gestopft und bombirt d. h. so abgesteppt sein, dass die einzelnen Rosshaarballen nicht ihre Lage zu einander wesentlich verändern können. Durch dieses Verfahren wird erreicht, dass die Oberfläche der Matratze glatt und schmiegsam bleibt und doch einen hinreichenden Grad von Elasticität bewahrt. In ähnlicher Weise wird das zugehörige Rosshaarkeilkissen hergerichtet. Da die Rosshaarmatratzen so theuer sind, hat man verschiedentlich den Versuch gemacht, das Rosshaar durch ein wohlfeileres Füllmaterial zu ersetzen. Bei der Auswahl eines geeigneten Rohstoffes für diesen Zweck kommt es jedoch nicht nur darauf an, dass derselbe eine genügende Elasticität besitzt, sondern er muss auch möglichst haltbar und widerstandsfähig gegen äussere Einflüsse und leicht desinficirbar sein. Die wichtigsten Füllmaterialien, welche hier als Surrogate in Betracht kommen, sind Seegras, Indiafaser, Kapok und Crin d'Afrique. Von diesen Materialien sind Seegras und Indiafaser die billigeren und stehen dem Stroh näher, Kapok und Crin d'Afrique sind theurer, aber auch haltbarer. Eine ausreichende Desinfection lässt sich in allen Fällen erzielen. In neuester Zeit ist auch der geschrotene Kork als Matratzenfüllung für Krankenhausbetten empfohlen worden (vgl. Deutsche Krankenpf.-Zeitung 1898. No. 15), und aus bisher damit gemachten Erfahrungen scheinen günstige zu sein. Immerhin dürften die Rosshaarmatratzen als die vorzüglichsten ihren Platz behaupten. Die an und für sich sehr empfehlenswerthen dreitheiligen Rosshaarmatratzen, welche ein zeitweises Auswechseln der einzelnen Theile gestatten, sind für Krankenhäuser ihres hohen Preises halber am geeignetsten.

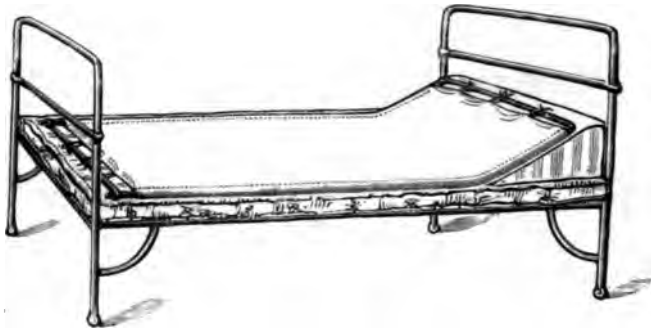
Auf die Polstermatratze kommt in allen Krankenbetten eine wasserdurchlässige Decke von gummirtem Stoff, aus Vorsicht, um eine Verunreinigung der Matratze, die bei jedem bettlägerigen Kranken leicht eintreten kann (Urin, Sch weiss; Ausspülungen etc.), zu vermeiden. Man empfiehlt sich zur Bedeckung der Matratze ausschliesslich Gummituch zu verwenden, welches auf beiden Seiten mit Gummi imprägnirt ist, die einseitige Gummirung leicht undicht wird. Man benutzt zweckmässig ein rechteckiges Stück von 1,5 m Länge und 1 m Breite, welches so auf der Matratze angeordnet wird, dass seine Mitte etwas oberhalb des Centrums der Matratze zu liegen kommt. Die Gummirung des Stoffes darf auch nicht zu dünn sein, wenn der Zweck dauernd erreicht werden soll. Ob rother, grauer oder schwarzer sog. Patentgummi zur Imprägnation verwendet wurde, ist irrelevant. Am meisten Verwendung finden in Deutschland die grauen Unterlagen.

Die Gummianterlage wird mit einem leinenen Bettlaken bedeckt, das möglichst oft erneuert werden muss. Jedenfalls ist stets

bestehen, dessen eine, dem Fussende des Krankenbettes entsprechende Seite abnehmbar ist, und erst, nachdem das mit zwei seitlichen Säumen versehene Laken auf die den Längsseiten des Bettes entsprechenden Eisenstäbe aufgezogen ist, in den Rahmen eingesetzt wird (Fig. 36). Am Fussende und Kopfende wird das Laken durch einige Bänder befestigt. Ebenso wenig wie Falten des Betttuches dürfen irgendwelche Krümel den Kranken belästigen.

Nicht minder wichtig als die Unterlage, auf welcher die Kranken ruhen, ist die Ausstattung der Krankenbetten mit geeigneten sonstigen Bettstücken. Unterbetten hat man für Kranke schon seit Langem verworfen, weil dieselben die Kranken zu sehr erhitzen und sich zu ungleichmässig eindrücken. Als Deckbett dient in den modernen Hospitälern kein Federbett, sondern zwei wollene Decken, von welchen die untere gewöhnlich mit einem Leinenbezüge versehen oder mit einem

Fig. 36.



Bettlakenspanner nach P. Jacobsohn.

Bettlaken umhüllt wird, das an den vier Ecken mit einigen Stichen festgenäht wird; die obere wollene Decke wird meist in der Mitte gefaltet, also in zweifacher Lage, darüber in der Gegend des Fussendes des Bettes ausgebreitet. Da die Krankenräume der Hospitäler sowohl im Sommer, wie im Winter durch zweckmässige Bedienung und Verwendung geeigneter Beheizungs- und Abkühlungsvorrichtungen Tag und Nacht hindurch in möglichst gleichmässiger Lufttemperatur erhalten werden sollen, unabhängig also von Aussentemperatur und Witterungseinflüssen, so kann auch die innere Ausstattung der Krankenbetten, beziehungsweise die Zahl der in ihnen angeordneten Bedeckungsstücke überall und stetig die gleiche sein. Wir haben schon weiter oben darauf hingewiesen, dass anämische und sehr schwächliche Kranke, insbesondere solche mit mangelhafter Herzthätigkeit im Allgemeinen wärmer zu halten sind, während fiebernde Kranke, wie allgemein bekannt, eine etwas kühlere, unmittelbare Umgebung brauchen. Dementsprechend wird man gut thun, bei der Bedeckung dieser Kategorien von Kranken insofern individualisierend zu

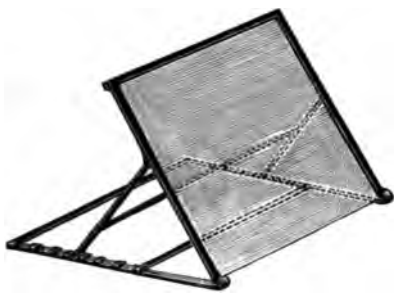
verfahren, als man je nach Bedarf die Zahl der wollenen Decken über die Norm vermehrt oder vermindert.

Was die Unterlagen speciell für den Oberkörper und den Kopf anlangt, so ist ein Rosshaarkeilkissen bereits als besonders zweckmässig erwähnt worden. Ueber dasselbe kommt ein leichtes, mit Leinenbezug versehenes Federkopfkissen. Im Allgemeinen ist es zweckmässig, das Rosshaarkeilkissen so zu wählen, dass die kleinste Kathete seines dreieckigen Durchschnittes nur eine geringe Ausdehnung hat, weil die meisten Kranken sich in flacherer Rückenlage wohler fühlen. Kranke, welche aus irgend einem Grunde dyspnoisch sind, also in erster Linie Lungen- und Herzkranke, haben das Bedürfniss, mit bald mehr, bald weniger erhöhtem Oberkörper, häufig sogar in fast sitzender Stellung zu liegen. Hier wird es oft nöthig sein, dem Kranken eine bequemere Lagerung und Unterstützung dadurch zu verschaffen, dass man noch ein zweites Keilkissen ihm unter den Rücken schiebt. Um die Möglichkeit zu

haben, die Erhöhung des Oberkörpers in bequemer Weise je nach zeitweiligem Erforderniss mehr oder weniger ausgiebig zu machen und feiner zu dosiren, hat man besondere Lagerungs-Apparate construiert, die sogenannten verstellbaren Keilrahmen, welche, wie alle übrigen Geräthschaften des Krankencomforts in den Hospitälern am besten aus Eisenstäben hergestellt werden, die zu einem keilförmigen, mit Segeltuch überspannten Gerüst angedacht sind, so zwar, dass die hintere Seite des Keiles beweglich

zu beliebig in eine horizontale Zahnstange einstellbar gemacht ist. Es ist wünschenswerth, dass in den Krankenhäusern mehrere derartige Apparate vorrätig gehalten werden, da ihre Verwendung den Kranken oft vorzügliche Erleichterung ihrer Beschwerden darzubieten vermag. Jedoch ist es empfehlenswerth, bei der Anschaffung dieser Vorrichtungen darauf zu achten, dass eine an der Vorderseite quer verlaufende Eisenstange, welche man häufig an den Keilrahmen antrifft, vorher beseitigt wird, da diese erfahrungsgemäss einen lästigen Druck auf den Rücken des Kranken ausübt. Besonders zweckmässig sind diejenigen Keilrahmen, bei welchen eine ausreichende Spannung des Segeltuchbezugs durch elastische Federung des Rahmens selbst erreicht wird (E. Lentz). Eine weitere zweckmässige Verbesserung stellen ferner die neuerdings von Bracht angegebenen Keilrahmen dar, die mit einem Handrade und Strahlvorrichtung versehen sind und vom Kranken selbst verstellt werden können (Therapie der Gegenwart, 1899, No. 3). Die hölzernen Keilrahmen passen besser für den Privatgebrauch; dieselben werden

Fig. 37.



Verstellbarer Keilrahmen für Krankenbetten.

mit und ohne seitliche Armstützen hergestellt. Eine andere, selbste zweckmässige Vorrichtung zur Unterstützung des Rückens bei in der Bett sitzenden, schwachen Kranken und Reconvalescenten ist die von Ohrtmann angegebene Rückenlehne (vgl. Zeitschr. f. Krankenp. 1896. pag. 45). Sie besteht aus einem, in der Höhe schmalen, abgerundeten, ziemlich breiten, gepolsterten Rückenkissen, welches an einem mit verstellbarer Schnalle versehenem Lederriemen angebracht ist, der seinerseits um die Bettpfosten des Fussendes herumgeführt wird (Fig. 39).

Aber nicht nur der Rücken der Kranken bedarf häufig einer zweckmässigen Unterstützung durch besondere Lagerungsgeräte, sondern die Anwendung derselben kann für die verschiedensten Körpertheile nothwendig werden, je nachdem man das betreffende Glied bald höher oder niedriger lagern oder auch den Druck der Unterlage auf das Glied verringern will. Die Hochlagerung einzelner Körpertheile erzielt man häufig schon in ausreichender Weise durch das Unterschieben geeigneter Lagerungs-

Fig. 38.



Verstellbarer Keilrahmen nach G. Bradt.

kissen, welche je nach dem besonderen Zweck und je nach der Einzelfalle zu unterstützenden Körperpartie bald kleiner oder grösser, länger oder kürzer, breiter oder schmaler gestaltet werden. Besonders häufig gelangen solche Lagerungskissen als Unterstützungsmittel für den Kopf und die Extremitäten zur Verwendung. Man stellt die Kissen aus Leder, Leinwand, Gummi etc. her; als Füllmaterial dienen Rosshaar, Polsterwatte, Holzwolle, Seegras, Moos, Haferspreu, Hirsespreu, Sand, Leinwand, Wasser. Ausserordentlich angenehm für den Kranken, in erster Linie zur Unterstützung des Kopfes, sind leichte, weich gegerbte, kleine viereckige Lederkissen (Sämischleder) mit Rosshaarfüllung, welche je nach Erforderniss unter den Hinterkopf oder die Schläfengegend des Kranken geschoben werden. Diese Kissen haben ausser ihrer grossen Schmiegsamkeit noch den Vortheil, dass sie, auch wenn der Kranke längere Zeit auf ihnen liegt, kühl bleiben; auch ist der Preis derselben kein sehr hoher. Zur Hochlagerung und Weichlagerung der Schultern, Arme, Hände, des Beckens, der Schenkel und Füsse wählt man meist Lagerungssäcke aus Leinwand mit Moos-, Watten-, Spreu- oder Sandfüllung.

(Zeitschr. f. Krankenpfl. 1897. pag. 253). In den Irrenanstalten, wo die Lage unreinlicher Kranker besonders häufig in Frage kommt, hat man letzter Zeit mit Erfolg den Versuch gemacht, die gesamte Bettunterlage aus derartigen Stoffen herzustellen. So benutzt Sander in der Irrenanstalt in Frankfurt a. M. ein Lager aus langfaserigem Leinwand, das mehrfach gewaschen werden kann und eine wesentliche Ermässigung zulässt; Näcke (Zeitschr. f. Krankenpfl. 1896. pag. 20) benutzt sich eines Lagers aus grober Holzwolle, durch welche der Urin der bettnässenden Geisteskranken hindurch in ein unter dem Bette stehendes Gefäß abfiltrirt wird. Auch bei Verwendung eines solchen Holzwolllagers lässt sich dasselbe mehrfach waschen und nach Trocknung wieder benutzen. Ausser der Hochlagerung des Bettes, betreffend Körpertheile, die gleichzeitig eine seitliche Unterstützung derselben im Krankenzustand beabsichtigt, so sind mit Sand gefüllte Säcke und Kissen anzubringen, die durch ihre Schwere geeignet sind, das betreffende Glied in der gewünschten Lage zu erhalten.

Ein sehr wichtiges, werthvolles und häufig angewendetes Lagerungsmittel bilden die mit Luft gefüllten, aufblasbaren Gummikissen, welche allerdings in den verschiedensten Formen hergestellt werden, je nach der besonderen Beschaffenheit der Körperpartie, für welche sie bestimmt sind. Sie bestehen gewöhnlich aus zwei congruenten, entgegengesetzt gebogenen Gummischeiden, welche an ihrer Peripherie mit

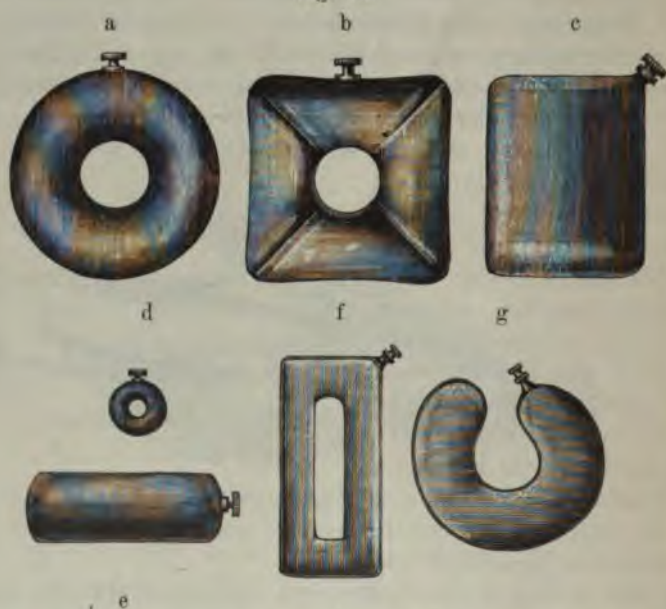
Fig. 39.



Betrückenlehne nach Ohrtmann.

art die wohlfeilste ist. Gleichwohl stellen sich die Gummikissen licher theuer, eine Eigenschaft, welche ihre Beschaffung für Krankanstalten in grösserer Anzahl etwas erschwert. Sie bilden jedoch ganz vortreffliches und in vielen Fällen unentbehrliches Hilfsmittel zum Krankencomforts, da der Gummi eine Reihe von Eigenschaften besitzt, welche ihn in besonderer Weise für die Verwendung zur Herstellung von Lagerungsgeräthen für Kranke prädestiniren. Diese Eigenschaften sind erstens seine grosse Elasticität und Geschmeidigkeit, welche ihn bei sich den Formen der Körperoberfläche genau anzuschmiegen, sodann absolute Undurchlässigkeit für Luft und Wasser. Man hat in

Fig. 40.



a, b, c Gummiluftkissen verschiedener Form für das Gesäss und den Rücken. d Gummiluftkissen für die Ferse. e Gummiluftkissen für den Nacken. f Gummiluftkissen für das Kreuz mit spaltförmigem Ausschnitt. g Gummiluftkissen für den Hals.

Zeit besondere Luftkissen für den Rücken, für den Nacken, das Gesäss, die Fersen etc. hergestellt, welche sich nach Grösse und Form voneinander unterscheiden (Fig. 40). Die Nackenluftkissen sind von cylindrischer Gestalt, einer Schlummerrolle ähnlich, die Luftkissen für den Rücken bilden einen viereckigen oder runden Gummisack. Soll eine circumschriebene Körperpartie vollständig vom Gegendruck der Unterlage entlastet werden, so verwendet man Luftkissen, deren Centrum ausgeschnitten und deren Gestalt somit eine ringförmige ist. Das Unterlegen derartiger Ringkissen wird bei Kranken, welche längere Zeit hindurch ununterbrochen im Bett hüten müssen, besonders an denjenigen Körperstellen nothwendig,



he dauernd einem erhöhten Druck beim Liegen ausgesetzt sind, die Kreuzgegend, ferner die Schultern, Ellenbogen und Fersen, wo leittheile nur von einer geringen Weichtheilschicht überzogen sind. An den Stellen, welche zugleich besonders prominirende Punkte der Körperfläche darstellen, kommt es besonders bei stark abgemagerten, erschöpften und hilflosen Kranken, welche nicht im Stande sind, ihre Position im Bette häufig durch eigene Muskelthätigkeit zu verändern und reguliren, und deren Haut sich in einem schlechten Ernährungszustande befindet, leicht zum Eintritt circumscripter Gewebsnecrose (Decubitus), Ereigniss, welches vom Gesichtspunkt einer rationellen Krankenpflege nach Möglichkeit verhindert werden muss. Hier sind die ringförmig gestalteten Luftkissen in erster Linie am Platze und von vortrefflicher Wirkung. Es ist daher durchaus wünschenswerth, Schwerkranken gleich von vornherein solche Ringkissen unter die gefährdeten Stellen zu legen. Fersenluftkissen gleichen den für das Kreuz bestimmten vollkommen, sind sie natürlich

hier.

Fig. 41.



Wasserkissen für das Krankenbett.

Von Wichtigkeit es, bei der Verwendung der Gummikissen Lagerungsmittel darzu sehen, dass der Gummikissen die Körperoberfläche des Kranken unmittelbar berührt, da der Gummikissen erfahrungsgemäss die Haut reizend wirkt; es ist demnach stets darauf zu

sehen, dass man die Gummikissen entweder unterhalb des leinenen Laken anordnet oder sie in ein reines Leinentuch einhüllt. Ferner ist darauf zu sorgen, dass die Gummikissen nicht zu stark aufgeblasen werden, weil sie sich sonst zu prall anspannen und an Elasticität verlieren. Ein so vorzügliches Lagerungsmittel die Gummiluftkissen auch zu sein, und ein so vortreffliches Material zur Herstellung von Krankenlagergeräthen überhaupt der Gummi wegen seiner charakteristischen Eigenschaften, seiner Elasticität, Schmiegsamkeit und Impermeabilität repräsentirt, so tritt doch bei der Verwendung der Gummigeräthe die relative Theuerkeit und ihre beschränkte Haltbarkeit hindernd in den Weg. Man hat daher auf der einen Seite sich bestrebt, bei der Herstellung von Luftkissen und anderen Gummigeräthen den Gummi durch ein wohlfeileres Material zu ersetzen und andererseits geeignete Verfahren ausfindig zu machen, um die Haltbarkeit der Gummigeräthe zu erhöhen. So hat man die Luftkränze und Rückenluftkissen aus Gummi durch Leinenkissen zu ersetzen gesucht, welche mit Hafer-

oder Hirsespren gefüllt sind, und in deren Mitte ein runder oder spalförmiger Ausschnitt frei bleibt, auf welchen die dem Druck in besonderem Maasse ausgesetzte und gefährdete Hautpartie gelagert wird. Ferner hat man in letzter Zeit Luftkissen aus japanischem Reispapier, das mit einer mehrfachen Lackschicht überzogen ist, eingeführt, welche wesentlich billiger sind, als die Gummiluftkissen und doch ihren Zweck in befriedigender Weise erfüllen (vgl. Deutsche Krankenpf.-Zeitung 1898. No. 1); allerdings ist die Haltbarkeit dieser Papierkissen eine noch geringere, als die der Gummikissen. Immerhin verdienen sie eine weitergehende Verwendung. Die Haltbarkeit der aus Gummi hergestellten Luftkissen, sowie der Gummigeräthschaften überhaupt, kann man wesentlich dadurch steigern, dass man sie recht häufig in Gebrauch nimmt, und sie, wenn sie aus irgend einem Grunde längere Zeit hindurch ausser Gebrauch sind, von Zeit zu Zeit heftig schüttelt und klopft. Durch dieses Verfahren ist man im Stande, dem Gummi seine Elastizität längere Zeit hindurch in unveränderter Weise zu erhalten, während derselbe, wenn man diese Vorsichtsmaassregel unterlässt, leicht steif, brüchig, rissig und damit unbrauchbar wird. Auch ist es zweckmässig, die Gummigeräthe ausschliesslich in geheizten Räumen aufzubewahren, und sie bei längerem Nichtgebrauch mit Glycerin oder mit einer Mischung aus Glycerin und Ammoniak einzureiben, wodurch das Austrocknen des Gummi behindert wird. Die Gummigeräthe sind besonders vor Temperaturen unter  $6^{\circ}$  R. und vor Sonnenstrahlen zu schützen. In der Wärme wird der Gummi leicht klebrig, bei Benetzung mit Säuren rissig. Jedoch halten sich Gummigeräthe, welche in 3 proc. Carbollösung eingelegt werden, selbst Jahre lang vortrefflich (vgl. Zeitschr. f. Krankenpflege 1896. pag. 20, 91, 287). Neuerdings ist für die Krankenpflege eine Modification des Gummi empfohlen worden, der „Durit“, welcher die erwähnten Nachtheile des Gummi nicht haben soll, insbesondere wird seine Unabhängigkeit von der umgebenden Temperatur und seine Widerstandsfähigkeit gegen ätzende Flüssigkeiten gerühmt. Der Preis dieses Stoffes ist jedoch noch ein recht hoher.

Fig. 42.



Aufblasbares Luftbett.



Ausser den Luftkissen mannigfacher Form dienen zur bequemeren Lagerung Schwerkranker auch grössere rechteckige Gummikissen, welche halb so gross sind als die horizontale Bettfläche und mit lauwarmem Wasser gefüllt werden. Diese sog. Wasserkissen (Fig. 41) sind der Mitte einer Schmalseite des Randes mit einer trichterförmigen Aussparung versehen, welche durch eine Schraube verschlossen werden kann. Analog den Luftkissen werden auch die Wasserkissen nur soweit gefüllt, dass das in ihnen enthaltene Wasser bei circumscribtem eindringendem Druck auszuweichen vermag und eine pralle Spannung verleiht wird. Bei zweckmässiger Anwendung stellen sie ein sehr vorzügliches Lagerungsmittel dar, besonders bei drohendem Decubitus; sie sind indessen ziemlich theuer. Neuerdings stellt man für Schwerkranke grössere viereckige Gummisäcke mit Wasserfüllung, die sog. Wasserbetten oder Wassermatratten her, welche die gesammte horizontale Bettfläche bedecken. Diese Wassermatratten werden besonders in England verwendet und in sehr vollendeter Ausführung angefertigt. Sie bestehen entweder aus mehreren einzelnen Wasserkissen, welche neben einander ins Krankenbett gelegt werden, oder aus einem einzigen grossen Gummisack, der in seinem Innern noch eine Anzahl Querwände enthält, welche mehrere Abtheilungen gebildet ist. Durch letztere Anordnung lässt sich der Druck der Körperlast des Kranken gleichmässiger über die Bettfläche vertheilen. Eine derartige in Zellen getheilte Matratze mit Wasserfüllung ist vor Kurzem von H. Davidsohn angegeben worden. Erwähnt sei hier, dass neuerdings auch ähnliche in cylindrische, alle Zellen getheilte Matratzen für Luftfüllung hergestellt werden, sog. Luftbetten (Fig. 42), welche von drei verschiedenen Punkten der Peripherie aus aufgeblasen werden können und sich entleert auf einen sehr kleinen Raum zusammenlegen lassen. Sie entsprechen im Prinzip vollkommen den obenerwähnten Gummiluftkissen.

Um der bei schwachen Kranken häufig vorhandenen Neigung, im Bette nach dem Fussende mit dem Körper hinabzugleiten, zu begegnen, sind verschiedene Hilfsapparate anwendbar, welche dazu dienen, einzelnen Theilen einen festeren und sichereren Halt beim Liegen darzubieten. Die geeignetsten Punkte, an welchen derartige Stützapparate ihre Wirksamkeit treten können, sind das Gesäss und die Fusssohlen. Die Stütze des Gesässes ist neuerdings in England ein Geräth angegeben worden, welches dem Kranken einen sehr bequemen Halt gewährt. Der Apparat (siehe Fig. 43) besteht aus einem schmalen, weichen, elastischen Band, welches etwas oberhalb der Mitte des Bettes quer von einer Seite zur andern herüber gespannt wird und auf einem schmalen

Fig. 43.



Gesässstütze für das Krankenbett.

Holzbrett in mässig geneigter Lage befestigt ist. Der A durch Gurte an den Seitenwänden des Bettes befestigt werde unter dem Bettlaken seine Aufstellung (vgl. Mendelsohn in v

Fig. 44.



Fussrolle für das Krankenbett.

Polstermatratze und Füsseinsatzplatte des eisernen Bettge gesteckt wird (Fig. 44 und 45).

Bei vielen Kranken erscheint es aus therapeutisch

Fig. 45.



Fussstütze für das Krankenbett.

eine beliebige Erhöhung des Oberkörpers oder der Füß ken zu erzielen, bedient man sich entweder eines oc keilförmiger Kissen mit Rosshaarfüllung (auch die verste rahmen, die wir schon erwähnt haben, sind hier oft nützlich

„Handbuch d. Ernährungstherap tetik“. Bd. I. pag. 479). Di rath des Krankencomforts nich spielig ist, so verdient es a Hospitälern eine allgemeinere

Zur Unterstützung der Fi man entweder cylindrische Fussr mit Rosshaar gefüllt sind und quer über das Bett gelegt w einen kleinen, sehr praktischen Holz, die sogenannte Fusssti einen massiven Holzklotz darst Fussende in das Bett eingelegt dessen dem Kranken zugekel welche den Fusssohlen zur S soll, abgeschragt ist. An de liegenden Seite des Klotzes i zulaufendes Brett befestigt, wel

zweckmässig, den Kranken im legen, dass entweder der Oberkü Unterkörper eine erhöhte Positi Besonders häufig verfolgt ma Hochlagerung bestimmter Körp des Kopfes, der Füße oder n zellen Extremität den Zweck di von Flüssigkeiten im Körper, v Grad des Zuströmens von Blut ten Organen in zielbewusster V einflussen und zu reguliren.

sucht man bei Blutungen aus ganen (Gehirn, Lungen, Darm, sowie auch bei stark blutenden : letzungen die Blutung dadurch dass man den Blutafflux z treffenden Körpertheil dural Hochlagerung desselben heral

ndet besondere, für diesen Zweck angegebene Vorrichtungen. Um das Fussende, als das Kopfende (oder auch die Seitentheile) des Krankettes in beliebigem und genau dem Grade erhöhen oder erniedrigen zu können, habe ich einen einfachen Apparat erfunden, welchen ich als „Niveausteller des Krankettes“ bezeichnet habe. Der Apparat besteht aus einem eisernen T-förmigen Stativ, welches fest auf dem Boden steht und dessen verticaler Schenkel durch ein kleines Steuerrad versehene Vorrichtung beliebig verlängert oder verkürzt werden kann, während auf dem horizontalen Schenkel des Apparates die zu verstellende Bettkante ruht. Jede Umdrehung des Steuerrades hebt, bzw. senkt die Bettkante genau um 1 cm; die Umdrehungen sind mit Zahlen versehen (Fig. 46). Diese einfache Vorrichtung empfiehlt sich statt des früher vielfach geübten Aufstellens, die Elevation des Krankettes durch Unterschieben von Holzklötzen oder Steinen zu bewerkstelligen, empfehlen, da sie das Abgleiten des Bettes sicher vermeidet. Ohne Zweifel dürfte sie den complicirten

Fig. 46.



Niveausteller für das Krankentbett nach P. Jacobsohn.

Fig. 47.



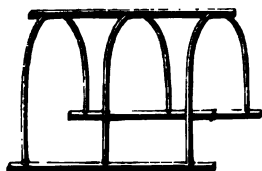
Mechanisches Krankentbett (Gorham-Bed).

Stützenszwecken angegebene Phelps'sche Steh-Bett (vgl. Centralbl. Chir. 1886. pag. 51 und 1889. pag. 41). Auch Kranken-

betten, deren Niveau durch hydraulische Maschinerien verändert werden kann, sind in England angegeben worden (vgl. den Aufsatz von Cronc Deutsche med. Wochenschr. 1898. No. 27).

Ebenso wie man sich bemüht hat, den Druck der Unterlage gegen die Körperoberfläche des im Bette liegenden Kranken auf mannigfache Weise zu mildern und abzuschwächen, hielt man es auch für nöthig

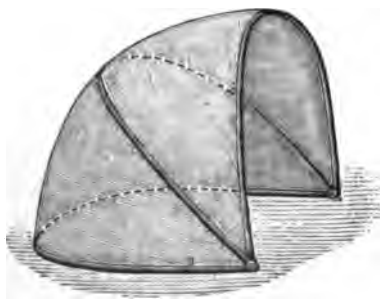
Fig. 48.



Reifenbahn für das Krankenbett.

Vorrichtungen zu schaffen, welche verhindern, dass von oben her auf erkrankte oder gefährdete Körpertheile ein zu starker Druck ausgeübt wird. Bei manchen Kranken, die schon schmerzhaft locale Affectionen aufweisen (Paratonsitis, Periostitis etc.) wird schon der bloße Druck der Bettdecke als eine unerträgliche Last empfunden und es ist daher dringend geboten, die betreffenden Körperstellen von diesem Druck zu entlasten. Man bedient sich für diesen Zweck der sogenannten Reifenbahnen. Es sind dies halbkreisförmig gebogene Drahtgestelle, welche aus drei parallelen vertikal gestellten Drahtreifen bestehen, die in zwei horizontale Leisten eingelassen sind (Fig. 48). Dieser Apparat wird über den erkrankten und schmerzhaften Körperstelle unter der Bettdecke placirt, so dass diese nur auf der Reifenbahn, nicht aber auf dem Krankenlastet. Derartige Reifenbahnen verwendet man auch vielfach, um die ununterbrochene Einwirkung bestimmter therapeutischer Agentien auf

Fig. 49.



Charnierreifen für das Krankenbett.

einzelne circumscribte Körperstellen (Blase) zu sichern, indem man die betreffenden Applicationsmittel mit einer Schnur an einem der drei Drahtreifen befestigt. Eine den Reifenbahnen nahe stehende Vorrichtung ist der sog. Kopfreifen, welcher aus einem grösseren halbkreisförmigen Metalldrahtreifen besteht, der am Kopfende des Krankenbettes quer über das Bett gespannt wird, wobei seine Enden beiderseits zwischen Bettgestell und Polstermatratze eingeklemmt werden. Auch hier kann sehr bequemer und zweckmässiger Weise das Aufhängen von für den Kopf des Kranken bestimmten Applicationsmitteln erfolgen. Werden mehrere derartige Kopfreifen an ihren seitlichen Endpunkten durch einen Charnier verbunden, so erhält man eine Vorrichtung, die zweckmässiger „Charnierreifen“ bezeichnet werden kann (Fig. 49). Ueberzieht man den Charnierreifen mit Leinwand, gummirtem Stoff oder Ledertuch, so wird dass der betreffende Stoff leicht an- und abzuknöpfen ist, so bilden die Drahtreifen mitsammt dem sie bedeckenden Gewebe eine verdeckte

erdachung für den Kranken, welche sehr geeignet ist, um unangenehme Eindrücke aus der Umgebung zeitweise einem Kranken fernzutreten, aber auch, um den anderen Kranken eines Hospitalsaaes den Blick der Agonie zu entziehen. Schliesslich wäre hier noch einer häuslichen Vorrichtung für das Krankenlager Erwähnung zu thun, welche, wenn sie auch in unserem Klima eine geringere Bedeutung bespricht als in den Tropen, doch der Berücksichtigung werth erscheint, nämlich eines am Krankenbette anzubringenden Schutznetzes gegen Insekten (Fliegen, Mosquitos etc.). In den heissen Ländern spielt das aus einem dünnen gazeartigen Stoff hergestellte oder aus einem feinen Gewebe bestehende Netz einen ausserordentlich wichtigen und unersetzlichen Bestandtheil des Krankencomforts (vgl. Zeitschr. f. Krankenpf. 14. pag. 20).

#### β) Bekleidung der Kranken.

Die hauptsächlichsten Anforderungen, welche an eine zweckentprechende Krankenkleidung zu stellen sind, sind folgende:

1. darf die Kleidung weder zu warm, noch zu kalt sein; 2. muss möglichst bequem sein, und 3. muss sie ebenso, wie alle übrigen Gegenstände, welche mit dem Kranken in Berührung treten, möglichst sauber und rein sein. In den Hospitälern hat es sich als eine Nothwendigkeit herausgestellt, um diesen fundamentalen Ansprüchen genügt werden zu können, eine gewisse Normalkleidung für die Kranken einzuführen. Eine solche Normalkleidung, bezw. besondere Anstaltskleidung gewährt sehr mannigfache Vortheile.

Da die meisten Kranken, welche die öffentlichen Krankenhäuser besuchen, eine Kleidung mitbringen, welche nach allen drei Richtungen in den meisten Fällen unzureichend genannt werden muss, so erachtet man es als dringend wünschenswerth, dass die neu aufgenommenen Kranken sofort nach dem Eintritt sämmtliche ihnen gehörige Kleidungsstücke ablegen, sie an die Hospitalverwaltung zur Aufbewahrung einliefern und dafür während der Dauer des Krankenhausaufenthaltes geeignete, von der Hospitalverwaltung besorgte Krankenkleidung erhalten. Wenn man erwägt, wie wenig entwickelt und verbreitet noch in den meisten Kreisen der Bevölkerung richtige Vorstellungen über eine angemessene Kleidung für gesunde Personen sind, so kann man sich nicht wundern, dass das Verständniss für eine rationelle Bekleidung Kranker in noch viel geringerem Maasse vorhanden ist. Wer den ärztlichen Aufnahmedienst in den Krankenhäusern aus eigener Anschauung kennt, der wird wissen, wie sehr die Kranken selbst und ihre Angehörigen in dieser Hinsicht fehlen. Hochfiebernde Kranke werden für ins Hospital eingeliefert, mit wollenen Decken, Tüchern, Shawls oder Federbetten bis über die Ohren zugedeckt; andererseits kommen aber auch sehr schwache, elende und abgemagerte Kranke vor Frost zitternd ins Krankenhaus, weil sie nur mit einer ganz unzureichenden, unzureichenden Bekleidung und Bedeckung versehen sind.

Da die öffentlichen Krankenhäuser in erster Linie den Angehörigen der weniger bemittelten Bevölkerungsklassen in Krankheitsnoth als Zufluchtsort dienen, so sind die Fälle nicht selten, in welchen die Kleidung der zur Aufnahme kommenden Kranken in Bezug auf Reinlichkeit und Sauberkeit sehr zu wünschen übrig lässt; oft genug ist dieselbe sehr schmutzig und voller Ungeziefer. Ganz besondere Vorsicht erfordert die Kleidung derjenigen Kranken, welche mit einer infectiösen Erkrankung behaftet sind, da durch sie leicht die Krankheitserreger weiter verschleppt werden können.

Was nun die eigentliche Hospitalkleidung anlangt, so ist zunächst ein Unterschied zu machen zwischen den dauernd bettlägerigen Schwerekranken einerseits und den umhergehenden Leichtkranken und Recoverables andrerseits. Für die erstere Gruppe von Kranken bildet schon die innere Ausstattung des Krankenbettes einen wesentlichen Theil der Bekleidung, da die einzelnen Bettstücke der Körperoberfläche dauernd unmittelbar anliegen; insbesondere gilt dies von dem leinenen Bettlaken, dem mit Leinenbezug versehenen Kopfkissen und der gleichfalls aus Leinenstoff überzogenen Oberdecke (vgl. pag. 72). Dazu kommt als wichtigstes Kleidungsstück der Bettkranken das Hemd, welches manchen Anstalten aus Leinwand, in anderen aus Baumwollengewebe gewählt wird. Im Allgemeinen dürfte sich Leinengewebe ebenso sehr für die Bettbezüge auch für die Krankenhemden in höherem Maasse empfehlen, weil bei der häufig vorzunehmenden mechanischen und chemischen Reinigung (Desinfection) dieses Gewebe eine grössere Haltbarkeit und Widerstandsfähigkeit zeigt, als die Baumwollstoffe; allerdings ist der Preis der Leinenstoffe ein höherer. Sodann hat die Leinengewebe den für viele Kranke, insbesondere in Bezug auf ihr psychisches Wohlbefinden wichtigen Vorzug, dass sie sich bei der Berührung glatter und geschmeidiger anfühlen und eine angenehme kühlende Empfindung hervorrufen. Was die Form der Krankenhemden anlangt, so finden wir in den meisten Hospitälern Hemden, deren Form derjenigen der für Gesunde bestimmten, sogenannten Nachthemden entspricht, mantelartige Kleidungsstücke mit Brustschlitz, bis zu den Knien reichend. Als wünschenswerth ist es zu bezeichnen, dass die Form des Krankenhemdes für beide Geschlechter die gleiche sei; die Verwendung der gewöhnlichen Frauenhemden, welche am Halse weit ausgeschnitten und ganz oder theilweise ärmellos sind, ist nicht empfehlenswerth, da sie ihre Trägerinnen zu Erkältungen prädisponiren. Wenn sie in der Krankenpflege zur Verwendung gelangen, so müssen sie jedenfalls durch eine leinene oder baumwollene Nachtjacke ergänzt werden. Hingegen weisen die Frauenhemden vielfach die in Hinsicht auf grössere Bequemlichkeit beim An- und Ausziehen zweckmässige Einrichtung auf, dass sie aus zwei congruenten Hälften, einer vorderen und einer hinteren, bestehen, welche auf den Schultern durch Knöpfe oder Bänder miteinander vereinigt werden. Gerade bei Kranken, vor Allem bei Schwerekranken ist aber ein bequemes An- und Ausziehen des Hemdes ausser

die Aermel sind in ihrer ganzen Ausdehnung an der Vorderfläche schlitzt, die Schlitzränder sowohl des Hemdenrumpfes, als der Hemärmel mit einer Anzahl von kurzen Bindebändern versehen, so dass Anziehen des flach auf dem Bett ausgebreiteten Kleidungsstückes in bequemster Weise erfolgen kann (vgl. Zeitschr. f. Krankenpfl. 18 pag. 345). Ueberhaupt ist es zweckmässig, an der Krankenkleid alle Knöpfe zu vermeiden, da dieselben den Kranken leicht drücken und statt dessen Bandschleifen zu verwenden. Noch weiter, hierin, wie schon in der historischen Betrachtung erwähnt wurde, S. F. Wolff, welcher auch für die Bekleidung des Pflegepersonals Rücksicht für den Kranken Bandschleifen statt der Knöpfe fordert. Das Anbringen der Schlitzten und Bänder erfolgt zweckmässigerweise an der Vorderseite des Krankenhemdes, weil der Kranke ja auf der hinteren Hemdenfläche dauernd aufliegt und hier auch die Knoten der Bandschleifen einen unwillkommenen Druck ausüben können. Jedem muss ein Krankenhemd weit und bequem sein, damit es den Kranken in keiner Weise belästigt; jedoch ist ebenso, wie bei den Bettlägerigen, sorgfältig darauf zu achten, dass an der hinteren Fläche keine Faltenbildung eintritt; desgleichen sind Nähte an der Rückenfläche des Hemdenrumpfes durchaus zu vermeiden. Ferner müssen die Hemden genügend lang sein; es ist wünschenswerth, dass sie sowohl für Männer als für Frauen bis zur Hälfte des Unterschenkels herabreichen. In den amerikanischen Hospitälern ist diese Forderung allgemein erfüllt, während man in Deutschland noch in vielen Anstalten viel zu kurze Krankenhemden benutzt, welche nur bis zur Mitte des Oberschenkels reichen. Die langen Krankenhemden haben den Vortheil, dass der sie tragende Kranke sich beim Aufstehen viel weniger leicht erkälten kann. Da die Kranken in den Hospitälern ihre eigenen, oft sehr unzweckmässigen Hemden beibehalten, anstatt der Anstaltshemden, sollte gänzlich verboten werden; gewähren doch die vortrefflichen Desinfectionseinrichtungen der neueren Krankenhäuser einen durchaus hinreichenden Schutz gegen jede Krankheitsübertragung durch die Hospitalwäsche. Die Farbe der Krankenhemden sei durchweg, ebenso wie die der Bettbezüge, eine weisse; gemusterte und farbige Stoffe irritiren den Kranken und können insbesondere bei fiebernden Kranken bestimmte Delirien (Mäuse, Wanzen, Ameisen etc.) hervorrufen. Für stark schwitzende Kranke (Phthisiker) welche sich besonders leicht erkälten, hat Thomalla Krankenhemden aus einem besonderen zweischichtigen Gewebe empfohlen, bei welchem die äussere engmaschige Schicht aus gut entölter Wolle und Baumwolle besteht, glatt und stark aufsaugend, die innere grobmaschige Schicht aus einem Gewebe von roher entölter Baumwolle besteht, rauh und wenig aufsaugend ist, so dass infolge dieser Anordnung die Haut des Kranken stets trocken bleibt (vgl. Zeitschr. f. Krankenpfl. 18 pag. 467). Ausser dem Hemde und bei Frauen der Nachtsacke können für die bettlägerigen Kranken als einziges zulässiges Kleidungsstück noch ein Halstuch in Betracht, welches, entsprechend der sonst geübten

ment wäre gegen solchen Missbrauch eine Schädigung der Krankendisziplin anzuführen. Auch die Nachthauben und Nachtmützen, von denen sich viele Personen so ungern trennen, müssen im Interesse der wohlgeordneten Krankenpflege zum Opfer fallen.

Die Kleidung für die nur stundenweise oder den ganzen Tag über dem Bett befindlichen Kranken wird in den öffentlichen Krankenhäusern ebenfalls am besten ausschliesslich von der Hospitalverwaltung geliefert, und sollte die Benutzung der von Hause mitgebrachten Kleidungsstücke in den Hospitalräumen gänzlich ausgeschlossen werden. Die einzige Ausnahme von dieser Regel würde die Benutzung der wärmeren Ueberkleider, welche dem Kranken gehören (Mäntel, Ueberzieher) strengerer Jahreszeit und niedriger Aussentemperatur während des Aufenthaltes im Freien gelten können, da die Beschaffung dieser Kleidungsstücke die Hospitalverwaltungen in vielen Fällen materiell zu stark belasten würde. Der eigentliche Anstaltsanzug sollte jedoch in einheitlicher Weise nach rationellen Gesichtspunkten der Krankenpflege gewählt und nach den speciellen ärztlichen Anordnungen im Einzelfalle modificirt werden können. Im Allgemeinen handelt es sich in den Krankenhäusern ausschliesslich um Personen, welche eine schwerere Erkrankung erlitten haben oder deren Resistenzfähigkeit doch nach irgend einer Richtung hin als vermindert und geschwächt zu betrachten ist. Demnach wird von vorn herein sich für die meisten umhergehenden Kranken eine wärmere Bekleidung als nothwendig herausstellen. Da in neueren Hospitälern mit Recht auf eine gleichmässige und hinreichende Temperirung der Binnenluft nicht nur in den eigentlichen Krankenräumen, sondern auch in den Nebenräumen (Corridore, Tagezimmer, Baderäume etc.) in erhöhtem Maasse Werth gelegt wird, so ist



insassen in erster Linie auf eine möglichst schnelle und gründliche Wiederherstellung und eine dieses Ziel fördernde, zweckmässige u rationelle Art der Bekleidung ankommt, nicht aber auf die Befriedigung verwöhnter ästhetischer und kosmetischer Ansprüche, so kann es in d öffentlichen Krankenanstalten nicht schwer fallen, einen hinreichend Vorrath der erwähnten, zur Anstaltskleidung gehörigen Kleidungsstücke in einigermaassen passender Form bereit zu halten. Es erscheint dies um leichter durchführbar, wenn wir berücksichtigen, dass wir die Bequemlichkeit der Kleidung als einen der fundamentalsten Grundsätze für c Krankenkleidung überhaupt am Eingange dieser Erörterung bereits festgestellt haben. Die Kleidungsstücke der Kranken müssen durchw weit und bequem sein. Alle beengenden und umschnürenden Kleidungsstücke sind durchaus zu vermeiden, da sie die lebenswichtigsten Funktionen des Organismus, vor Allem die Respiration und Blutcirculation gerade bei Kranken besonders unerwünschter Weise behindern. würde durchaus freudig zu begrüßen sein, wenn die in Amerika seit längerer Zeit allgemein durchgeführten Reformbestrebungen in Bezug auf die Kleidung, welche seit einigen Jahren auch in Deutschland v Seiten vieler Aerzte und insbesondere von dem „Allgemeinen Verein Verbesserung d. Frauenkleidung“ energisch propagirt werden, auch Hinsicht auf die Krankenkleidung sich bald zu allgemeiner Geltung bringen und eine nachhaltige Wirkung ausüben würden (vgl. Spener „Die Vorschläge zur Verbesserung der Frauenkleidung und ihre Bedeutung für die Krankenpflege“. Zeitschr. für Krankenpfl. 1897. pag. 1 wo auch weitere Literatur angegeben ist; vgl. ferner M. Goldschmidt „Die Kleidung des Kranken und ihre Bedeutung in der Krankenpflege“ Ibidem pag. 185 ff., der die einschlägigen grundlegenden experimentellen Arbeiten von Rubner eingehend verwerthet hat). Dementsprechend findet weder das Corset, noch der den Hals umschnürende gestärkte Kragen, noch das Gummistrumpfband eine Verwendung. I Corset lässt sich hier in zweckmässiger Weise durch ein untertaillartiges Mieder ersetzen, welches der einschnürenden und die Athmbehindernden Wirkung des Frauencorsets ermangelt, und welches, damit Schultergurten versehen ist, die auf dem Körper ruhende Last d Kleidungsstücke besser vertheilt. Spener empfiehlt auch für die Krankenkleidung eifrig die Verwendung der nach amerikanischem Muszugesechnittenen Hemdhose, bei welcher das Hemde, beziehungsweise Untertaille mit dem Unterbeinkleid zu einem Kleidungsstücke vereinigt ist, aber für noch rathsamer hält er es, wenn das Unterbeinkleid, welches ebenso, wie die Untertaille aus weichem, porös-elastischem Stoff hergestellt sein soll, an die letztere lose angeknöpft wird. Von d Verwendung der jetzt gebräuchlichen, mehr oder weniger zahlreichen warmen Unterröcke glaubt er für die Bekleidung kranker Frauen ganz absehen zu müssen: dieselben werden nach ihm hinlänglich ersetzt durch ein aus warmem Stoff angefertigtes, bequemes Unterbeinkleid, welches nach unten zu pumphosenartig gegen die Luft abgeschlossen ist. I

derung der Kranken wohlverwerthbare einfache Verfahren, Lederschuhe wasserdicht zu machen, indem man dasselbe ca. 1 Stunde lang in einer Seifenlösung einlegt (Zeitschr. f. Krankenpfl. 1896. pag. 21).

Schliesslich hätten wir noch einige Bemerkungen über die Forderungen für die Kranken bestimmten Oberkleider anzuschliessen. Auch die Oberkleidung der Kranken benutzt man mit Vorliebe hellfarbene Stoffe. Dunkelfarbige Gewänder erscheinen weniger geeignet, so wegen der ungünstigen psychischen Einwirkung dunkler, an Trauer erinnernder Stoffe, als auch deshalb, weil experimentell nachgewiesen ist, dass dunkle Kleidungsstoffe Ausdünstungen, üble Gerüche, Krankheitserreger leichter aufnehmen und länger conserviren, als helle (vgl. Zeitschr. f. Krankenpfl. 1896. pag. 92), und helle Stoffe überhaupt leichter rein zu halten sind.

Was die Aufbewahrung der von den Kranken mit ins Hospital gebrachten Kleidungsstücke anlangt, so ist es wichtig, darauf zu achten, dass dieselben niemals längere Zeit in den Krankenräumen selbst bleiben; es ist vielmehr erforderlich, dass für diese Objecte in Hospitälern besondere Aufbewahrungsräume zur Verfügung stehen, welchen die Kleidungsstücke in sicherer und übersichtlicher Weise gehoben werden können. Von Interesse sind für diesen Zweck ausserordentlich praktische Hospitalkleiderschränke angegeben worden, welche ganz aus Eisenstäben bestehen, durch Gardinen aus waschbarem Stoff nach aussen abgeschlossen werden und jederzeit auf die bequemste Weise desinficirt werden können. Die Aufbewahrung schmutziger Wäsche darf unter keinen Umständen in den Krankenräumen selbst stattfinden, sondern die Krankenwäsche wandert aus den einzelnen Abtheilungen, um die Krankheitsübertragung auszuschliessen, möglichst schnell in die Desinfectionsanstalt. Aus diesem Grunde sind auch die von L. Gerlach (vgl. Zeitschr. f. Krankenpfl. 1894. pag. 305) construirten Aufbewahrungsschränke für schmutzige Wäsche, bei welchen der in Einwurfskasten eingelegte Inhalt vermittelst eines jalouseartig verschliessbaren Bodens in besonderen Führungen sofort abwärts gleitet und daher stets unter Verschluss befindet, für Hospitalzwecke nicht verwendbar. Ueber die Art der Desinfection der Wäschestücke und Einrichtung der verschiedenen in Frage kommenden Desinfectionsapparate verweisen wir auf das im Band I. dieses Handbuches von E. L. und S. Wolf bearbeitete Capitel: „Fürsorge für ansteckende Krankheiten“ pag. 202.

### 7) Reinhaltung der Kranken.

Da die Reinhaltung und Säuberung der kranken Individuen eine der wichtigsten Aufgaben einer geordneten Krankenpflege darstellt, so ist diese Aufgabe, welche sowohl im Hinblick auf das körperliche Wohlbefinden der Kranken, als auch auf die Gefahr der Krankheitsübertragung grosse Bedeutung beansprucht, nur in zufriedenstellender Weise durchführen lässt, wenn die gesammte Umgebung der Kranken

leicht ausführbare und gründliche Desinfectirbarkeit zugeschnitten ist, begreift es sich leicht, dass der hier in Frage kommende Theil Krankencomforts eine eingehende Ausgestaltung und Entwicklung erhalten hat.

Sämmtliche Objecte des Krankencomforts, sowie die Ausrüstung derjenigen Personen, welche mit dem Kranken in directe Beziehung Berührung treten, werden stets unter dem Gesichtspunkt der Durchföhrung einer möglichst peinlichen Reinhaltung ausgewählt, bezw. nach dem Gesichtspunkt modificirt. Wir haben bereits bei der Schilderung inneren Ausstattung und Einrichtung der Krankenzimmer sowie in unseren Ausführungen über die Lagerung und Bekleidung der Kranken gesehen, wie sorgfältig man stets bemüht ist, ausser der Rücksicht auf Bequemlichkeit und Behaglichkeit der Kranken eine gründliche und tiefe Reinigung und Desinfection zu ermöglichen, indem man alle in der Krankenpflege zur Verwendung gelangenden gegenständlichen Zubehörsgegenständen mit Vorliebe aus solchen Materialien herstellt, welche auf der einen Seite eine gründliche Reinhaltung zulassen, auf der anderen Seite jedoch den zur Anwendung gelangenden Desinfectionsmitteln gegenüber als standsfähig bewähren. Diese in allen Capiteln des Krankencomforts in gleicher Weise wiederkehrende Forderung einer über die Begriffe des gewöhnlichen Lebens weit hinausgehenden Reinlichkeit und Sauberkeit beruht auf der Erkenntniss, dass eine körperliche Reinhaltungspflege im Krankenlager nur unter der Bedingung in ausgiebigem Maasse zu erzielen lässt, dass die gesammte Umgebung des Kranken in harmonischer Weise durch ihre besondere Gestaltung der Erreichung dieses Zweckes Rechnung trägt. Wenn auch auf eine eingehendere Schilderung der mannigfaltigen Desinfectionsmethoden hier nicht eingegangen werden kann, und wir in Bezug auf diesen Punkt auf die in dem ersten Capitel des Band I. dieses Buches enthaltenen Darlegungen verweisen müssen, so sei doch jedenfalls hervorgehoben, dass insbesondere in der Krankenpflege alle aus Holz oder ähnlichem Material bestehenden Objecte möglichst und mehr durch Geräthschaften aus Glas, Eisen und sonstigen leicht abwaschbaren Stoffen ersetzt werden.

Unter den vornehmlichsten Reinigungsmethoden, welche in der Krankenpflege eine Rolle spielen, steht die Entfernung des gröberen Schmutzes durch mechanisches Behandeln mit warmem Wasser und Seife, insbesondere Kaliseife, an erster Stelle. Dieser grobmechanischen Säuberung, welche stets dem eigentlichen Desinfectionsverfahren, der Behandlung mit speciell antiseptisch wirkenden Körpern vorangehen muss, kommt in Hinsicht auf die Reinhaltung der kranken Individuen eine weit grössere Bedeutung zu. Nur in den Fällen, wo das Reinigungsverfahren mit Zuhilfenahme von warmem Wasser und Seife sich absolut nicht anwenden lässt, kann die alleinige Reinigung mit Wasser oder desinficirenden Flüssigkeiten als ausreichend bezeichnet werden. Die trockene Reinigung hingegen, wie sie im gewöhnlichen Leben unter dem Namen des Abstaubens häufig beliebt wird, muss in der Kranken-

pflege stets als eine völlig unzureichende Maassnahme gekennzeichnet werden, da das trockene Abwischen von Objecten diese zwar von dem gröberen Staube befreit, den entfernten Staub jedoch nicht definitiv beseitigt, sondern ihn nur an eine andere Stelle placirt, bezw. ihn in der Luft der Krankenräume aufwirbelt. Es ist daher heute als eine Grundregel der Krankenpflege anerkannt worden, sämtliche Objecte des Krankencomforts regelmässig und sorgfältig nur mit feuchten Tüchern zu reinigen. Diesem Verfahren unterliegen in erster Linie Fussboden und Wände der Krankenräume selbst. Insbesondere muss der Fussboden in den eigentlichen Bettsälen der Hospitäler einer täglich zu wiederholenden, gründlichen nassen Reinigung unterworfen werden. Natürlich kann eine derartige tägliche Reinigung nur im Allgemeinen als ausreichend angesehen werden, und bei der leicht eintretenden Gelegenheit zu einer Verunreinigung des Fussbodens durch Bestandtheile der von den Kranken herrührenden Ausscheidungen und Entleerungen ergiebt sich weiterhin die Nothwendigkeit einer den ganzen Tag über fortgesetzten peinlichen Aufmerksamkeit auf die dauernde Reinhaltung der Krankenräume, vor allem ihres Fussbodens, dessen ununterbrochene Sauberkeit und Trockenheit den besten Maassstab für eine allen Anforderungen gerecht werdende Krankenpflege bietet. Besondere Wichtigkeit ist einer ausreichenden Reinhaltung derjenigen Stellen der Krankenräume beizumessen, welche der Erreichung dieses Zieles grössere Schwierigkeiten entgegensetzen; es sind dies diejenigen Stellen des Fussbodens, über welchen die Krankenbetten aufgestellt sind, sowie diejenigen Stellen, welche an die Wände der Krankenräume angrenzen. Es erscheint daher geboten, das mit der groben Reinhaltung der Krankensäle betraute Pflegepersonal auf diese Punkte besonders hinzuweisen. Aber auch das gesamte Mobiliar der Krankenräume, die Krankenbetten sowohl, als alle übrigen Apparate und Geräthschaften bedürfen einer oft wiederholten mechanischen Säuberung. Dass ferner auch die innere Ausstattung der Krankenbetten, die einzelnen Bettstücke and die für den Kranken bestimmten Lagerungsvorrichtungen stets sauber und rein zu erhalten, bezw. oft zu erneuern sind, ist schon oben erwähnt worden.

Nicht minder wichtig als die Reinhaltung der Umgebung des Kranken ist aber die Fürsorge für eine geeignete Sauberhaltung des kranken Individuums selbst. Eine erhöhte Wichtigkeit kommt der Reinhaltung bei denjenigen Kranken zu, welche längere Zeit hindurch dauernd ans Bett gefesselt sind, also vor allem bei den eigentlichen Schwerkranken, deren Körperkräfte oft durch die lange Dauer der Krankheit sehr erschöpft, und die dadurch unbehilflich geworden sind. Während die aufstehenden Kranken die tägliche Reinigung ihres Körpers selbst bewerkstelligen können, und zwar unter Benutzung der in jedem Krankensaal vorhandenen schon weiter oben besprochenen Waschvorrichtungen, sind die Schwerkranken (die Hochfiebernden, Benommenen, stark Abgemagerten, Gelähmten, Operirten) durchaus auf die Sorgfalt des Krankenpflegepersonals angewiesen, welchem somit die Aufgabe erwächst, in geeigneter

Weise durch entsprechend häufig vorzunehmende Abwaschungen der Kranken, insbesondere des Gesichts und der Hände, durch laue oder kalte Schwammbäder zu ihrem Wohlbefinden wesentlich beizutragen. Eingehende Sorgfalt erfordert bei der Krankentoilette das Kopfhaar der Kranken, dessen Ordnung bei weiblichen Kranken mitunter recht schwierig sein kann, ferner das Reinhalten gewisser Körperstellen, welche der mechanischen Reinigung schwer zugänglich sind und erfahrungsgemäss leicht eine Brutstätte für Krankheitserreger darstellen. Solche Körperstellen sind die Ohren, der Nabel, die Fingernägel, die Achselhöhlen, die Gesässfurche, die Zehenzwischenräume, bei Frauen mit erschlafenen Brüsten die Mammalfalten. Bei unzureichender Reinhaltung und Pflege bilden sich an diesen Körperstellen

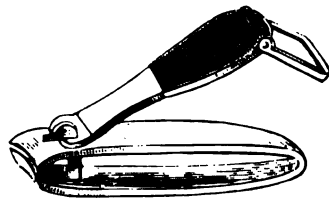
besonders leicht schmerzhaft Erosionen, welche die Kranken ausserordentlich belästigen und zum Ausgangspunkte accidenteller Infectionen werden können. Auch die Gefahr eines Eintretens von Decubitus an den dem Druck der Unterlage am meisten ausgesetzten Stellen der Körperoberfläche bei Schwerkranken hängt zu einem wesentlichen Theile von der sorgsamsten Reinhaltung der betreffenden Körperstellen ab. Hieraus ergibt sich die erhebliche therapeutische Wichtigkeit, welche einer auf alle diese Punkte gerichteten sorgfältigen körperlichen Reinhaltung und Pflege zukommt. In Anerkennung dieser Thatsache hat man in letzter Zeit bestrebt, die Geräthschaften des Krankencomforts, welche speciell auf die Reinhaltung der Kranken beziehen, zu vervollkommen. Es sind besondere Reinigungsgeräte für die Fingernägel angegeben worden: Nagelfeilen, Nagelreiniger, Nagelscheeren, Nagelstesten, welche den Zweck verfolgen, die Nägel der Kranken, sowie auch besonders das Nagelhorn leichter sauber halten zu können (Fig. 51). Während man zur Kurzhaltung der Fingernägel bei Kranken sich früher ausschliesslich der sogenannten Cooper'schen Schere bediente, ist in letzter Zeit ein sehr praktisches Instrument zu diesem Zweck construirt worden, welches sich seiner Zweckmässigkeit halber in der Krankenpflege gut bewähren dürfte. Die in Fig. 52 dargestellte Nagelschere besteht aus zwei federnden Metallbranchen, deren Schneiden abgerundet sind, und bei deren Anwendung der betreffende Fingernagel sogleich rund abgeschnitten wird. Das Instrument ist so eingerichtet, dass eine Verletzung der Finger-

Fig. 51.



Nagelfeile und Nagelreiniger.

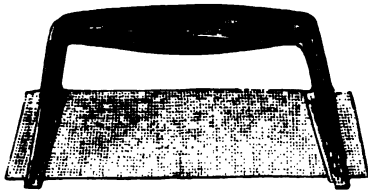
Fig. 52.



Nagelschere.

kuppe des Kranken ausgeschlossen ist (vgl. Deutsche Krankenpfl.-Zeitung 1898. No. 13. pag. 211). Für die Reinigung der Zehenzwischenräume hat A. Volland einen besonderen kleinen Apparat (Fig. 53) angegeben, welcher einer kleinen Blattsäge gleicht und aus einem Handgriff besteht, in welchen ein 4—5 cm breiter und ca. 14 cm langer Streifen eines rauhen, frottirtuchartigen Stoffes eingespannt ist (vgl. Zeitschr. f. Krankenpfl. 1895. pag. 178). Auch für die Reinigung der Ohren sind besondere Instrumente construiert worden, so ein Ohrenschwammhalter aus

Fig. 53.



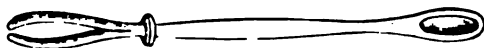
Reinigungsvorrichtung für die Zehenzwischenräume nach A. Volland.

Elfenbein, welcher eine in zwei Branchen gespaltene Klammer zum Halten des Ohrenschwämmchens darstellt, während das andere Ende zugleich als Ohrenlöffel dient (vgl. Aerztl. Polytechnik 1896. pag. 188); die beiden Branchen werden bei Anwendung des kleinen Apparats durch einen vorzuschiebenden Elfenbeinring aneinander gedrückt (Fig. 54). Durch die Zuhilfenahme dieser einfachen Vorrichtungen kann man sich in der That

die Reinhaltung der betreffenden Körperstellen wesentlich erleichtern.

Was das sonstige Zubehör für die mechanische Körperreinigung anlangt, so wären hier zunächst noch einige Bemerkungen über die in der Krankenpflege zu verwendende Seife am Platze. Wie die Erfahrung lehrt, eignet sich für diese Zwecke am allerbesten die halbflüssige Kaliseife, welche nicht nur Fett und Schmutz in ausreichender Weise von der Hautoberfläche entfernt und die oberen Epidermisschichten lockert, sondern auch sehr bedeutende antiseptische Wirksamkeit besitzt. Carbolseifen sind weniger geeignet, da sie die Haut zu sehr angreifen. In

Fig. 54.



Ohrenschwammhalter, zugleich Ohrenlöffel.

letzter Zeit ist für die Zwecke der Krankenpflege wiederholt eine Pflanzenfaser- (Ubrigin-) Seife empfohlen worden, welche die mechanische Reinigung der Haut dadurch erleichtern und wirksamer ge-

stalten soll, dass in der Seife eine grosse Zahl kleiner, rauher Pflanzenfaser-Partikel verarbeitet sind, welche beim Einseifen der Haut eine erhöhte Reibung hervorrufen. Die zur Körperreinigung verwendete Seife wird am besten in der Weise appliciert, dass sie zunächst auf einem sog. Seiflappen verrieben und mit diesem dann auf die Haut übertragen wird, da das Einseifen der Haut alsdann in gleichmässiger Weise bewerkstelligt werden kann, und die Reibwirkung des aus rauhem Stoff hergestellten Lappens hinzukommt. Diese Reibwirkung sucht man besonders dadurch zu erhöhen, dass man das zur Einseifung verwendete Stück Zeug aus sog. Frottirtuch wählt. Es ist dies ein ziemlich dickes

ssig gewebter Baumwollstoff, der eine starke Aufsaugungs-  
 besitzt und so hergestellt ist, dass an seiner Oberfläche die  
 reihenweise unregelmässig vorspringen (Fig. 55). Durch  
 art bekommt das Frottirtuch eine gewisse Aehnlichkeit mit  
 be der präparirten Badeschwämme, welches sich insbeson-  
 seine Porosität, seine starke Aufsaugungsfähigkeit, seine  
 sige Oberfläche und dabei doch bestehende hinreichende  
 keit auszeichnet. In erhöhtem Grade besitzen diese Eigen-  
 ie sog. Loofahrtücher, welche aus einem viereckigen Stück  
 beschriebenen Frottirtuches bestehen, auf welchem eine dünne  
 äparirtem Loofahschwamm (Fig. 56) befestigt ist. Sehr praktisch  
 Krankenpflege auch die aus solchem Loofahrtuch hergestellten,  
 egepersonal bestimmten Seifhandschuhe, welche ein vorzüg-  
 ungsmittel darstellen. Aehnlich wirken die neuerdings her-  
 og. Sanitasfrottirer, welche aus einem zu parallelen, hoch-  
 tippen genähten Gewebe bestehen (Fig. 57). Verwendet man

Fig. 55.

mit unregel-  
springenden  
chen.

Fig. 56.

Präparirtes Loofah-  
Schwammgewebe.

Fig. 57.

„Sanitasgewebe“ mit parallel-  
genähten Stoffrippen.

hanische Hautreinigung bei kranken Personen keine künstlichen  
 ndern wirkliche präparirte Wasch- und Badeschwämme, so  
 s sich, darauf zu achten, dass dieselben sandfrei und mög-  
 örös sind; am besten eignen sich für die Krankenpflege die  
 easchwämme, welche zwar theurer sind als die gewöhnlichen  
 n Badeschwämme, aber sich durch grössere Haltbarkeit und  
 zsfähigkeit auszeichnen.

esonderer Wichtigkeit ist die körperliche Reinigung der neu  
 spital aufgenommenen Kranken, da dieselben nicht selten zur  
 Behausung einer ausreichenden Körperpflege ermangeln. Es  
 zur Regel geworden alle Kranken, deren status morbi dies  
 asst, gleich nach der Aufnahme ins Seifenbad zu bringen.  
 stets das Haar auf Parasiten untersucht werden, welche sich  
 n Kopfverband mit Acetum Sabadillae leicht vertreiben lassen.  
 müssen die Kranken natürlich regelmässig gebadet werden,  
 n Zwecke in allen modernen Hospitälern in der Nähe der  
 n Krankenträume besondere Baderäume vorhanden sind (vgl.

pag. 64). Erhebliche Schwierigkeiten kann die ausreichende Reinigung der Hände von kranken Arbeitern bereiten, welche häufig eine stark schwielige, rissige und zerklüftete Epidermis zeigen. Hier muss der Seifenwaschung stets eine Behandlung mit *Oleum Therebinthinae* vorangehen.

Auch die Hautpflege bei Schwerkranken erfordert besondere Beachtung. Die Waschungen müssen in schonendster Weise ausgeführt werden; dem Kranken dürfen keine Schmerzen verursacht werden, auch ist zu beachten, dass niemals der ganze Körper auf einmal entblösst werden darf; vielmehr müssen die Glieder nach und nach in bestimmter Reihenfolge der Reinigung unterzogen werden. Die grösste Aufmerksamkeit erfordern bei Schwerkranken die schon mehrfach erwähnten Hautstellen, an welchen sich erfahrungsgemäss leicht *Decubitus* einstellt. Hier sind prophylactische Waschungen mit verdünntem Essig oder Citronensaft am Platze. Ferner verlangt bei Schwerkranken die Schleimhaut der Mundhöhle und des Rachens besondere Aufmerksamkeit. Da viele Schwerkranke den Mund dauernd geöffnet halten und die Mundathmung bei ihnen vorherrschend ist, kommt es leicht zu einer Austrocknung der Mundschleimhaut, welche sich weiterhin in einem Rissigwerden der Schleimhaut und consecutiver Geschwürsbildung an Lippen, Zahnfleisch, Zunge, Gaumen und Rachenwand äussert, sodass der Ansiedlung pathogener Bakterien an diesen Stellen Thür und Thor geöffnet ist. Der Krankenpflege erwächst hier also eine zweifache Aufgabe: erstens muss sie dem Austrocknen der Schleimhaut entgegenwirken und zweitens muss sie eine ausreichende Desinfection der Mundhöhle erstreben. Der erste Zweck wird erreicht durch häufige Anfeuchtungen der Lippen- und Schleimhaut und fleissig vorgenommene Auswaschungen des Mundes, der zweite durch Ausspülungen des Mundes und Gurgelungen mit adstringirenden und antiseptischen Flüssigkeiten. O. Rosenbach (vgl. Zeitschr. f. Krankenpfl. 1894. pag. 133) hat für die Mundpflege bei Kranken die folgenden trefflichen Rathschläge zusammengestellt: Kranke mit normaler Verdauungsthätigkeit, ohne Fieber und mit freiem Bewusstsein, bedürfen keiner anderen Mundpflege als in gesunden Tagen. Kranke, deren Appetit wesentlich verringert ist oder die meist nur flüssige Nahrung geniessen, müssen ihren Mund um so sorgfältiger reinigen, je weniger feste, die Kaubewegungen beanspruchende, Nahrung aufgenommen wird; sie müssen mehrfach am Tage mit lauwarmltem Wasser gurgeln, dem zur Anregung der Schleimsecretion etwas Kochsalz (oder einige Tropfen Tinct. Myrrh., Eau de Cologne, Quassia, Calmus, Anis, Pfeffermünz) zugesetzt ist. Bei schadhafteu Zähnen und Neigung zu Zahnfleischblutungen räth Rosenbach etwas gepulverte Borsäure zweimal täglich zwischen Lippen und Zahnfleischrand einzureiben. Künstliche Gebisse sollen nur während der Mahlzeit getragen werden. Bei Kranken, deren Sensorium nicht ganz frei ist, muss die Mundhöhle mehrfach am Tage genau untersucht werden, da kleine Verletzungen durch Biss oder den Druck der Zähne häufig sind; die betreffenden Stellen sind mit Acid.



pulv. oder etwas Kali chloricum zu betupfen. Am Tage und des  
 nts müssen bei diesen Kranken (etwa alle 2—3 Stunden) Zahnfleisch  
 Schleimhautfalten mit einem feuchten Läppchen energisch ausge-  
 ht, auch dabei besonders ein Druck auf den Zungengrund ausgeübt  
 len, damit Würgebewegungen an Stelle der normalen Kaubewe-  
 en ausgelöst werden, die gleichfalls die Speichel- und Sa- q-  
 en zu verstärkter Thätigkeit anregen. Wird bei offen  
 et, so muss die umgebende Luft recht feucht gehalten, ev.  
 selinappen auf den Mund gelegt werden. Bei fiebernden  
 s für reichliche, mindestens stündliche Wasser- und Get  
 achsaure Limonaden) gesorgt werden, um die Austrockn  
 einhaut hintanzuhalten. Man darf nicht etwa warten, bis  
 ke Flüssigkeit verlangt, sondern muss sie ihm unermüdlich an-  
 m. Bei fiebernden Kranken muss die Lippenschleimhaut von vorn-  
 in mehrmals täglich mit Vaseline oder Fett eingerieben werden. Bei  
 ernd fiebernden Kranken ist auch die Einpinselung von Oel oder  
 verdünntem Glycerin im Bereiche der gesamten Mund- oder  
 undhöhle von Vortheil. Aufrecht hält Einpinselungen mit reinem,  
 rdünntem Glycerin bei schweren,  
 rhaften Krankheiten für noch  
 samer (vgl. Pathologische Mitthei-  
 en. 1886. Heft 3. pag. 33).  
 J. Unna empfiehlt für die Mund-  
 ge bei Kranken insbesondere die

Fig. 58.



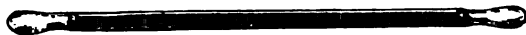
Verwendung seiner 100- oder 50proc. Zahnfugenreiniger nach Falkenstein.  
 i chloricum-Zahnpasten, mit einer  
 tengrundlage aus kohlensaurem Kalk, Rhizoma Iridis, Seife und  
 cerin. Szanna bringt statt der Gurgelwässer welche nach  
 en Untersuchungen selbst bei richtig ausgeführtem Gurgeln  
 fig nicht über den vorderen Gaumenbogen hinausgehen und  
 hintere Rachenwand völlig unbenetzt lassen, die Verwendung  
 nählich löslicher Pastillen (Saccharin und Resina Guajaci, je  
 . tel. 10—20 Stück) in Vorschlag (Zeitschr. f. Krankenpflege. 1894.  
 : 347).

Besondere Aufmerksamkeit beansprucht bei Kranken auch das Reinen  
 der Zähne, zwischen welchen sich häufig Theile der aufgenommenen  
 nahrung festsetzen und dann zu Zersetzungen Anlass geben. Mangelhafte  
 npflege bei Kranken kann weiterhin accidentelle, schmerzhaft, entzünd-  
 be Affectionen hervorrufen (Parulis, Periostitis), welche die Genesung  
 eblich beeinträchtigen. Zur Zahnreinigung verwende man ausschliess-  
 h Zahnbürsten, welche aus haltbaren, nicht zu starren Borsten zu-  
 mmengesetzt sind; die einzelnen Borstenbündel müssen in exacter  
 eise, am besten mit Draht, nicht aber nur mit Leim befestigt sein  
 el. Zeitschr. f. Krankenpf. 1895. pag. 181), da besonders von Schwer-  
 anken losgelöste Borsten leicht verschluckt werden und im Darm  
 ädlich wirken können (Perityphlitis!). Neuerdings hat man Gummi-

Zahnbürsten für die Krankenpflege eingeführt, welche gar keine Borsten besitzen, sondern statt derselben eine Anzahl kegelförmige Hervorragungen aus rothem Weichgummi aufweisen; bei diesen wird auch die leichtere und gründlichere Desinfectirbarkeit als besonderer Vorzug hervorgehoben. Zur Erzielung einer ausreichenden Reinigung der Zahnzwischenräume sind mehrfach besondere kleine Apparate construirt worden, die sog. „Zahnfugenreiniger“ (Fig. 58), deren Prinzip darauf beruht, dass ein jederzeit verstellbarer und ersetzbarer scharfer Seidenfaden, der über einem mit Handgriff versehenen Metallbogen ausgespannt wird, zwischen die Zähne eingeführt und hin- und herbewegt wird (Zeitschr. f. Krankenpf. 1895. pag. 269).

Schliesslich wäre hier noch eines kleinen, sehr praktischen Instrumentes für die Mundpflege bei Schwerkranken zu gedenken, dessen Anwendung wohlgeeignet ist, die Bildung von Pilzbelägen auf der Zunge der Kranken zu verhindern, der sog. Zungenschabe (Fig. 59), welche aus einem leicht biegsamen, ca. 1—1,5 cm breiten Elfenbein- oder Celluloidstäbchen besteht, dessen beide Enden mit kleinen Elfenbeinhandgriffen versehen sind, und das, halbkreisförmig zusammengebogen und so in den Mund des Kranken eingeführt, dem Pfleger

Fig. 59.



Vorrichtung zum Abschaben der Zunge bei Schwerkranken.

leicht gestattet, die hinteren Partien der Zunge dauernd zu erhalten. Somit ist dieser kleine, noch genügend verbreitete Apparat die Wirkung

Zahnbürste, Zahnpulver, Auswaschungen, Ausspülungen etc. auf die Beste unterstützen.

#### δ) Nahrungsdarreichung.

Neben der richtigen Auswahl der für kranke Personen zuträglichsten Speisen und Getränke, welche die in neuerer Zeit durch E. v. Leyden inaugurierte und erfolgreich ausgebaute, wissenschaftlich begründete Ernährungstherapie regelt, ist unzweifelhaft auch die Technik der Nahrungsdarreichung am Krankenbette hinsichtlich der Erreichung des durch dargebotene Nahrung beabsichtigten Zweckes von grosser Bedeutung und zwar hauptsächlich deshalb, weil es durch die Verwendung geeigneter technischer Hilfsmittel bei der Krankenernährung gelingt, so die Esslust der Kranken, den Appetit, dieses für die Ernährung ausserordentlich wichtige Moment, erheblich zu verstärken als auch zugeführten Speisen die dem Kranken zuträglichste Form und physikalische Beschaffenheit zu verleihen als auch schliesslich die Nahrungsaufnahme für den Kranken selbst möglichst bequem und schonend gestalten. Da die „Technik und der Comfort der Ernährung“ erst in allerjüngster Zeit durch M. Mendelsohn in v. Leyden's Handbuch der Ernährungstherapie und Diätetik. Bd. I. pag. 423—489, eine

mit, dass man neuerdings in den Hospitälern besondere Aufmerksamkeit darauf richtet, dass die Mahlzeiten von den Kranken, wenn es nach dem Status morbi gestattet, nicht in den eigentlichen Krankenzimmern, sondern in besonderen Speisesälen eingenommen werden, um auf diese Weise diejenigen Einflüsse aus der Umgebung, welche verändernd auf die Esslust der Kranken einwirken können, möglichst auszuschalten (vgl. pag. 63). Es ist in letzter Zeit von verschiedenen Seiten, insbesondere von E. v. Leyden und M. Mendelsohn, wiederholt hervorgehoben worden, dass eine freundliche, behagliche Gestaltung der Umgebung, sowie ferner eine möglichst reinliche, angenehme, von vollkommener Fürsorge für den Kranken zeugende Art der Speisendarreichung von grossem Stande ist, auf die Nahrungsaufnahme in hohem Grade fördernd einzuwirken. Es begreift sich ja auch unschwer, dass der Appetit eines Kranken ein ungleich grösserer sein muss, wenn er in der Lage ist, seine Mahlzeiten an sauber und sorgfältig gedeckten Tischen in besonders freundlichen und anmuthend ausgestatteten Räumen gemeinsam mit anderen Kranken, die nicht an das Bett gefesselt sind, mit welchen er auch bei Tische angenehm unterhalten kann, einzunehmen, als wenn er gezwungen ist, neben dem Bette eines Schwerkranken, der vielleicht gerade mit einer Stuhlentleerung beschäftigt ist oder einen stark nach fauligem riechenden Verband trägt, seinen Speiseteller auf seinem Schooss placiren, wie dies noch immer in manchen Hospitälern die Regel ist. In England und Amerika, neuerdings jedoch auch schon vielfach in Deutschland, insbesondere in den neuen grösseren Specialkrankenhäusern, wird auf eine möglichst eingehende Sorgfalt beim Anrichten und Serviren der Krankenspeisen mit Recht ein sehr grosser Werth gelegt. Besteck und Essgeräthe sind stets in sauberstem Zustande und werden nach jeder Mahlzeit sorgfältig gereinigt. Die Tische werden mit Blumen

dauernd das Bett hüten müssen. In den öffentlichen Hospitälern, in welchen man gezwungen ist, eine Anzahl Schwerkranker in demselben Raume unterzubringen, lassen sich natürlich nicht alle diejenigen Momente dem Krankenbette des Einzelnen gänzlich fernhalten, welche die Nahrungsaufnahme beeinträchtigen könnten. Aber immerhin wird auch hier stets dahin zu streben sein, die Speisendarreichung so sorgfältig als nur immer möglich zu gestalten. Darüber, dass auch bei den bettlägerigen Kranken stets nur sauberes und unbeschädigtes Essgeschirr verwendet werden soll, ist weiter kein Wort zu verlieren; sind doch gerade kranke Personen in dieser Hinsicht besonders penibel und bereit eine schwer zu verschmerzende Vernachlässigung darin zu erblicken, dass nach dieser Richtung hin gefehlt wird (vgl. E. v. Leyden, Ueber Specialkrankenhäuser etc. pag. 11; M. Mendelsohn, Comf. d. Kranken. pag. 55; ferner den Aufsatz von F. Liese, Deutsche Krankenpfl.-Zeitung 1898. pag. 178).

Fig. 60.



Speise-Transportwagen für Krankenhäuser.

Neben der appetitlichen Anrichtung der Kranken speisen ist es auch von grosser Bedeutung, dass Alles, was dem Kranken vorgesetzt wird, schmackhaft und bekömmlich nach den subtilen Regeln der Krankenkostbereitung hergestellt ist. Sodann ist es wichtig, dass die Speisen stets die richtige Temperatur haben. Um diese Bedingung, welche sich im Privathause ja leicht durch Controlle mittelst der neuerdings eingeführten

billigen und practischen, mit gefärbtem Alkohol gefüllten Speisethermometer erfüllen lässt, auch in den Hospitälern durchführen zu können, hat man in den letzten Jahren besondere Apparate construiert, welche verhüten, dass die Speisen während des Transports von der Küche nach den einzelnen Krankenräumen sich abkühlen (vgl. v. Leyden, l. c.). In manchen Krankenhäusern werden die Speisen mittelst besonderer Fahrstühle in die verschiedenen Abtheilungen des Hauses aus der Küche aufgezogen, insbesondere in denjenigen Hospitälern, welche nach dem Corridorsystem gebaut sind. Wo hingegen das Pavillonsystem durchgeführt ist, hat man kleine heizbare Speise-Transportwagen, welche die Speisen zu den einzelnen Pavillons hinbefördern (Fig. 60). Die Speisen selbst befinden sich in verdeckten Schüsseln, die gewöhnlich mehrfach auf einander geschichtet (Speise-Menagen, Fig. 61) und in mit Stroh- oder Filzplatten ausgelegte Metallkästen eingestellt werden, die während des Transports fest verschlossen gehalten werden. An manchen Orten bedient man sich auch besonderer Wärme-

tische, die im Vorraum der Krankensäle ihre Aufstellung finden. In letzter Zeit ist man soweit gegangen, selbst die Speiseteller und Speischüsseln mit Vorrichtungen zu versehen, welche ein Auskühlen des für die Kranken bestimmten Inhalts verhindern. Diese Geräthe sind doppelwandig, aus Metall hergestellt und enthalten zwischen den beiden Wandungen eine gewisse Menge essigsäuren Natriums, das in Glycerin gelöst ist. Da dieses Salz die Eigenschaft hat, beim Auskrystallisiren aus seinen Lösungen sehr viel Wärme freizumachen, so bleiben derartige Geräthe stundenlang warm, nachdem sie einmal in heisses Wasser gestellt sind (vgl. M. Mendelsohn in v. Leyden's Handbuch der Ernährungstherapie. Bd. I. pag. 448). Für die Kühlung der für Kranke bestimmten Getränke bedient man sich gleichfalls geeigneter besonderer Geräthschaften. In den Hospitälern hat man für diesen Zweck Eisschränke, welche in jedem Augenblick beliebige Mengen von Milch etc. im gekühlten Zustande zur Verfügung stellen. Um kleinere Mengen eisgekühlter Getränke herzustellen, sind besonders gut verwendbar die neuerdings von Aron angegebenen Kühlgläser (Fig. 62), welche aus zwei ineinander gestellten Trinkgläsern bestehen, die durch einen Gummiring mit einander verbunden sind, und zwischen deren Wandungen sich Eis befindet, das sich bei luftdichtem Abschluss länger unzerschmolzen erhält (Deutsche med. Wochenschr. 1899. Therap. Beilage No. 3. pag. 19).

Ein einfaches Verfahren, um Getränke auch ohne Eis zu kühlen, besteht darin, dass man ein dickes, in kaltes Wasser getauchtes und lose ausgedrücktes Handtuch um das Gefäss, welches das zu kühlende Getränk enthält, herumwickelt und das Ganze ca. 15 Minuten lang an das geöffnete Fenster, am besten in Zugluft stellt, wodurch eine sehr bedeutende Abkühlung des Inhalts erfolgt (Zeitschr. f. Krankenpfl. 1897. pag. 223). Ganz zu verwerfen ist hingegen das Hineinwerfen von Eisstücken in das Getränk selbst, da das gewöhnlich verwendete Eis nachgewiesenermaassen häufig schädliche Bacterien enthält. Aus diesem Grunde sollte zu therapeutischen Zwecken stets nur künstlich hergestelltes, sterilisirbares Eis zur Verwendung gelangen, dessen Erzeugung allerdings noch ziemlich kostspielig ist. Ein sehr practischer Apparat zur Herstellung geringerer Mengen keimfreien Eises ist von Liebreich construirt worden, eine kleine Eismaschine (Fig. 63), bei welcher die grosse Temperaturerniedrigung, welche das Ammoniumnitrat bei der Auflösung in Wasser bedingt, ausgenutzt wird (Zeitschr. f. Krankenpfl. 1894. pag. 336). Ganz besondere Wichtigkeit kommt diesem Geräth auch hinsichtlich der

Fig. 61.



Speisetrage für Krankenhäuser.

Fig. 62.



Glas für eisgekühlte Getränke nach Aron.



Herstellung einer grösseren Menge kleiner Eisstückchen von gleichem Volumen, der sog. Eispillen, welche direct in den Magen der Kranken hineingelangen (Ulcus ventriculi etc.), zu. Neuerdings werden in England

Fig. 63.

Eismaschine für Krankenzwecke  
nach Liebreich.

diese Eispillen für die Zwecke der Krankenpflege in grossem Maassstabe hergestellt, indem grössere Stücke Eis künstlich erzeugt und dann maschinell in zahlreiche kleine Würfel von genau derselben Grösse zerschnitten werden; gleichzeitig werden die einzelnen kleinen Würfel mit einem Fabrikstempel versehen, der ihre Herkunft und keimfrei Beschaffenheit verbürgt, und alsdann durch erneutes Zusammenfrieren lassen wiederum zu einem grösseren in den Apotheken erhältliche Würfel vereinigt, der sich dann sehr leicht durch kurze Benetzung mit Wasser in die kleinen Theilstückchen zerlegen lässt (vgl. Zeitschrift f. Krankenpf. 1894. pag. 222). Um die kleinen Eisstückchen, welche dem Kranken verabreicht werden sollen, längere Zeit unzerschmolzen zu erhalten und so einen sparsameren Eisverbrauch zu erzielen, bedient man sich mit Vortheil der neuerdings construirten Eistassen (Fig. 64), welche aus einem Glasbecher mit Henkel und durchlochem Glaseinsatz bestehen; das Eis liegt

Fig. 64.



Eistasse.

in allen diesen Geräthen stets trocken dadurch, dass alles Tropfwasser in den unteren Hohlraum des Gefässes abrieselt.

Um das für Schwerkranke, die nur mühsam kauen und schlucken können, nöthige Zerschneiden und Zerkleinern der festeren Speisen zu erleichtern, ist vor einiger Zeit in Frankreich ein Apparat construiert worden, der den Namen „Masticator“ (Kauinstrument) führt und so eingerichtet ist, dass durch das Hin- und Herbewegen zweier Handgriffe zwei entsprechende mit parallelen Messerchen besetzte Branchen in Bewegung gesetzt werden, die ein schnelles

und gleichmässiges Zerkleinern der Speisen besorgen (Revue de Polytechnique méd. 1896).

Da die Nahrungsaufnahme für durch dauernde Krankheit erschöpfte Individuen immerhin mit einer gewissen Muskelanstrengung verknüpft

welche durch verschiedene Factoren wie das längere Sichaufsetzen, Halten der Speiseschüssel, das Zumundeführen des Löffels etc. in Anspruch genommen ist, so hat man in der Absicht den hierzu nöthigen Arbeitsaufwand möglichst einzuschränken, eine Anzahl technischer Einrichtungen und Geräthschaften construirt, welche geeignet sind, den Akt der Nahrungsaufnahme für den Kranken zu erleichtern und angenehmer zu gestalten. Schon Dieffenbach (l. c. pag. 40) empfiehlt dem Kranken nicht den Speiseteller direct in das Bett zu stellen, weil das fortwährende Festhalten desselben unbequem und anstrengend ist, sondern ihm vielmehr die Speisen auf einem in das Krankenbett gestellten Essbrett zu serviren, auf welches ein weisses Tuch gebreitet ist. Neuerdings finden in den Hospitälern vielfach besondere Esstabletts aus Holz oder Papiermaché von gefälliger Form Verwendung. In den neuer ausgestatteten Specialkrankenanstalten, insbesondere in den Einzelzimmern, hat man in den letzten Jahren, allerdings noch in geringem Umfange, die sog. verstellbaren Krankenesstische eingeführt, welche sich als ausserordentlich praktisch bewährt haben. Es ist in letzter Zeit eine ganze Reihe dem erwähnten Zwecke dienender Geräthschaften des Krankencomforts angegeben worden. Ein Theil dieser Geräte hat die Form einer kleinen Fussbank, welche nicht so breit ist als das Krankenbett und vor dem Kranken auf die Polstermatratze aufgesetzt wird. Die horizontale Platte dieser Essbänke wird durch eine drehbare Kurbel durch den Kranken selbst oder durch das Pflegepersonal je nach Erforderniss höher oder tiefer gestellt werden. Manche dieser Essbänke sind auch mit einer kleinen Zahnstange versehen und so eingerichtet, dass die horizontale Platte des Apparates sich um ihre Längsaxe drehen und in jeder beliebigen Neigung feststellen lässt, so dass das Gerath gleichzeitig als Lese- und Schreibpult verwenden kann (Fig. 65). Ein anderer Theil dieser Geräte wird nicht in das Bett hineingesetzt, sondern steht vielmehr seitlich vom Krankenbette auf dem Fussboden. Die letzteren Geräte sind die eigentlichen Krankentische. Sie bestehen meist aus einem verticalen Stativ, welches auf ein horizontales Fussgestell, das gewöhnlich mit Rollen versehen ist, aufsteht, so dass den Tisch leicht an das Bett heranbringen zu können, eingelassen werden kann. An dem oberen Ende des verticalen Stativs ist eine viereckige horizontale Aufsatzplatte, die eigentliche Tischplatte, befestigt. Diese Geräte werden neuerdings sowohl aus Holz als auch aus Eisen hergestellt. Für Hospitalzwecke sind natürlich die aus Eisen construirten Krankentische vorzuziehen. Die Construction dieser Apparate ist in den letzten Jahren in bemerkenswerther Weise vervollkommen worden; es hat jetzt Tische dieser Art, deren vertikales Stativ durch Kurbel-

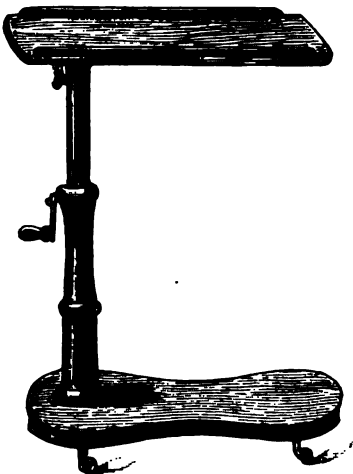
Fig. 65.



Essbänke für Kranke.

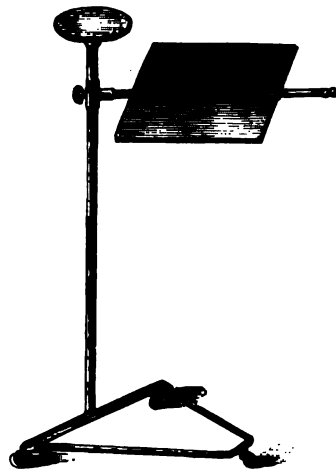
drehung beliebig verlängert werden kann, so dass die horizontale Tischplatte bald höher, bald niedriger zu stellen ist (Fig. 66). Eine weitere Vollkommenheit besteht darin, dass die Tischplatte zugleich um ihre Längsachse rotirt werden kann, sodass auch eine beliebige Schrägstellung der Platte ermöglicht ist, wie sie für Lesezwecke benöthigt wird; die Feststellung der Platte in der gewünschten Neigung erfolgt durch eine kleine Klemmschraube (Fig. 67). Manche Tische sind auch noch mit einer besonderen kleinen, runden Nebenaufsatzplatte versehen, auf welcher unter Umständen eine Lampe, ein Tintenfass etc. placirt werden kann. Ein sehr praktischer Krankentisch hat Bredt construirt (Zeitschr. f. Krankenpf. 1894. pag. 261); derselbe besitzt ausser den Vorzügen der übrigen Krankenbettische noch die für die Bequemlichkeit des Kranken

Fig. 66.



Verstellbarer Krankentisch  
mit Kurbelbetrieb.

Fig. 67.



Eiserner Krankenbettisch  
für Hospitäler.

sehr werthvolle Eigenschaft, dass seine Tischplatte, die eine runde Form hat, auch um das vertikale Stativ, auf dem sie befestigt ist, leicht rotiren kann, sodass der Kranke ohne besondere Anstrengung die Platte nach Wunsch zur Seite zu schieben oder sich zu nähern vermag (Fig. 69). Von wesentlicher Bedeutung ist es, dass alle diese Krankentische so construirt werden, dass ein leichtes Umfallen derselben vermieden wird. Um diesen Zweck zu erreichen, ist es nothwendig, dass das auf dem Fussboden ruhende Grundgestell der Tische, in welches das vertikale Stativ einlassen ist, und welches seitlich unter das Krankenbett geschoben werden kann, genügend lang gewählt wird, damit es selbst bei einseitiger Belastung der oberen horizontalen Tischplatte ein hinreichendes Gegengewicht bildet. Bei anderen Krankentischen wird die gesicherte Feststellung des Krankentisches an der Seite des Krankenbettes dadurch bewirkt, dass



tales Stativ unmittelbar an das eiserne Bettgestell selbst angebracht wird.

Wenn auch die Zuhilfenahme der eben geschilderten Apparate die Nahrungsaufnahme bei bettlägerigen Kranken schon wesentlich bequemer gestalten vermag, so wird doch in sehr vielen Fällen, insbesondere, wenn es sich um erschöpfte und schwache Kranke handelt, ausserdem noch eine geeignete Unterstützung des Rückens nöthig sein, um die Nahrungsaufnahme seitens des Kranken ohne Anstrengung zu ermöglichen. Das gewöhnlich geübte Anheben des Kranken mitsammt dem Kopfende durch das Pflegepersonal bei länger dauernden oder häufiger wiederholten Mahlzeiten sehr umständlich und mühevoll ist, so können auch für die Zwecke der Nahrungsaufnahme sich die oben beschriebenen, verstellbaren Keilkissen (vgl. pag. 73) als sehr empfehlenswerth erweisen.

Fig. 68.



Krankenbettisch mit Leseputz.

Fig. 69.



Krankenbettisch nach Bredt.

Am schwierigsten gestalten sich die Nahrungsaufnahme und Nahrungszubereitung bei denjenigen Kranken, welche durch die lange Dauer oder Schwere ihrer Erkrankung so unbeweglich und hilflos geworden sind, dass sie auf eine selbstthätige Mitwirkung beim Zumundebringen der Nahrung verzichten müssen und daher durch das Pflegepersonal gefüttert werden. Um bei solchen Kranken (Fiebernde, Gelähmte, Kachectische, Verletzte) eine ausreichende Nahrungsaufnahme herbeizuführen, bedarf es nicht nur einer erheblichen Summe von Geduld und Geschicklichkeit von Seiten der Krankenwartung, sondern auch besonders gestalten sich die veränderten Verhältnissen angepasster Essgeräthschaften. Da schwerkranke sich ohne Nachtheil für ihren Zustand überhaupt nicht aufsetzen dürfen, sondern andauernd in horizontaler Rückenlage zu liegen gezwungen sind, so hat die Erfahrung schon seit langem ge-

zeigt, dass bei solchen Kranken die Verwendung der gewöhnlichen Essgeräthe unbequem und anstrengend sowohl für den Kranken als den Pflegenden ist und häufig auch garnicht zum Ziele führt. Man sah sich daher genöthigt für die Ernährung der in ausgestreckter Rückenlage befindlichen Kranken besondere Tassen und Löffel zu construiren, welche ein erleichtertes Beibringen der Nahrung bei diesen Kranken gestatten. Von vornherein ist es ja klar, dass Messer und Gabel bei Schwerkranken schon deshalb nicht zur Verwendung kommen können, weil man mit diesen Instrumenten die Kranken leicht verletzen kann. Aber auch die gewöhnlichen Tischlöffel sind bei dem Füttern von Schwerkranken, welche meist nur flüssige Nahrung geniessen dürfen, oft nicht gut verwendbar, weil die Flüssigkeit beim Herabneigen des Löffels zum Kranken leicht über den Löffelrand hinüberfließt und, anstatt dem Kranken zu gute zu kommen, die Bettstücke verunreinigt. Diesen Erwägungen folgend, hat man die für Schwerkranke bestimmten Tassen und Löffel so geformt, dass einerseits ihre obere Oeffnung zum Theil geschlossen und überdacht gestaltet ist, andererseits an ihnen ein besonderer für den Mund des Kranken

Fig. 70.

Fig. 71.

Fig. 72.



Schnabeltassen für die Ernährung Schwerkranker.

bestimmter und von seinen Lippen leicht erfassbarer Ausfluss, eine sog. Tülle, angebracht ist, wodurch die bequeme Aufnahme des Inhaltes wesentlich erleichtert wird. Diese Krankengeräthe werden gewöhnlich als Schnabeltassen und Schnabellöffel bezeichnet und sind, um die Nahrungsdarreichung für das Pflegepersonal zu erleichtern, meist mit einem Henkel versehen (Fig. 70—76). Als Herstellungsmaterial dient gewöhnlich Porzellan oder Steingut, bisweilen auch Glas. Es verdienen jedoch die Porzellangeräthe den meisten Vorzug, da sie nicht so leicht springen und brechen als die gläsernen Gefässe, welche bekanntlich gegen warme Temperaturen empfindlicher sind. Ueberdies ist zu bedenken, dass manche Schwerkranke, besonders solche, deren Sensorium nicht ganz frei ist, die Neigung zeigen, die ihnen dargebotenen Essgeräthe zu zerbeissen oder zu zerbrechen. Für derartige Kranke würden auch metallene Geräthe in Frage kommen, welche indess schwieriger zu reinigen sind als die Porzellangeräthe. Jedenfalls müssen die Metallgeräthe, die zur Verwendung kommen, mit einer sehr guten Glasur versehen sein und es darf weder das verwendete Metall selbst, noch auch die Glasur Beimischungen enthalten, welche dem Kranken nachtheilig werden können (Kupfer, Blei). Ein Haupterforderniss bei der Verwendung aller dieser Hilfsmittel für die Nahrungsdarreichung ist stets ihre absolute Sauberkeit und Reinheit. Um dieses Ziel erreichen zu

n Durchmesser hat: dieselben tauchen mit ihrem einen Ende in den inneren Tasse oder einem Glase befindlichen, dem Kranken beizubringenden Nahrung, während ihr mehr horizontaler Schenkel von den Lippen des Kranken geschlossen wird. Sind die beiden Zahnreihen des Kranken auch nicht ein wenig von einander zu entfernen, so kann es ausserordentlich schwierig sein, dem Kranken selbst flüssige Nahrung in ausreichendem Maasse einzuverleihen: man hilft sich in diesen Fällen, wo es angängig ist, in der Weise, dass man das gläserne Saugröhrchen durch eine Zahnlücke einführt. Bisher wird statt des beschriebenen Saugröhrchens auch ein kleiner Gummischlauch mit kurzem Elfenbeinmundstück verwendet, welcher mit seinem

Fig. 73.

Fig. 74.

Fig. 75.

Fig. 76.

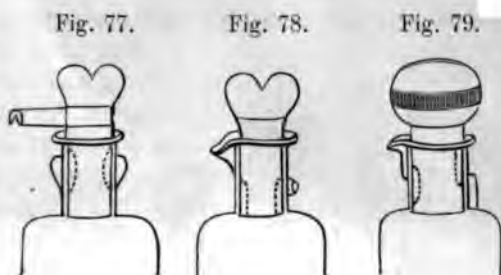


Schnabellöffel für die Ernährung Schwerkranker.

anderen Ende in eine auf dem seitlich vom Bette stehenden Nachttisch befindliche Tasse eintaucht; ein solcher Saugschlauch gewährt den Vortheil, dass die mit Flüssigkeit gefüllte Tasse nicht durch das Pflegepersonal oder den Kranken dauernd festgehalten zu werden braucht, auch kann der Kranke auf diese Weise selbst bei horizontaler Position trinken. Es sind jedoch diese Saugschläuche viel schwerer reinzuhalten als ein gläsernes Saugröhrchen, und ausserdem verleihen sie, insbesondere wenn warme Flüssigkeit zugeführt wird, der Nahrung oft einen unerfreulichen Gummibeigeschmack.

sauber sein und stets wohlverschlossen gehalten werden, um das Hineinfallen von Staub zu verhüten, sondern sie müssen auch eine zweckmässige Form haben, welche sich nach den Besonderheiten des Inhaltes richtet. Für flüssige Arzneien verwendet man ausschliesslich farblos durchsichtige Glasflaschen in verschiedener Grösse, welche ihrerseits davon abhängt, ob das betreffende Medicament längere oder kürzere Zeit haltbar ist, ferner davon, ob es tropfenweise, theelöffel-, kinderlöffel- oder esslöffelweise genommen werden soll. Leicht verderbende Arzneien pflegt man in geringeren Mengen zu verordnen, desgleichen stark wirkende giftige Stoffe; hier kommen also auch nur kleinere Glasgefässe in Anwendung, zu 5, 10, 20, 25, 30, 50 g Inhalt. Für die haltbareren und selbst in grösserer Menge gefahrlosen Arzneien benutzt man grössere Flaschen von 75, 100, 150, 200 g Inhalt. Eine Reihe chemischer Körper zersetzen sich bekanntlich leicht unter dem Einfluss des diffusen Tageslichtes und machen die Verwendung dunkelblauer oder dunkelbrauner Glasflaschen nöthig. Um Verwechslungen und möglicherweise hieraus resultirende Unglücksfälle zu vermeiden, ist die gesetzliche Bestimmung getroffen worden, für die äusserlich, zu Umschlägen, Einreibungen, Einspritzungen etc., in Anwendung kommenden Arzneien ausschliesslich sechseckige, mit paralleler Längsrifung versehene Gefässe zu benutzen, für innerlich anzuwendende Arzneien aber runde, glatte Glasgefässe. Aehnliche Einrichtungen sind auch in England getroffen worden. Gleichfalls zur Verhütung von Verwechslungen tragen alle Arzneiflaschen eine sog. „Signatur“, ein an den Flaschenhals gebundenes Papierstreifchen, auf welchem der Name der Arznei, der Name des Kranken, die im Einzelfalle vorgeschriebenen Zeiten für die Darreichung sowie die Einzelgabe vermerkt werden; bei den äusserlichen Arzneien werden die Signaturen aus rothem Papier, bei den innerlichen Arzneien aus weissem Papier gewählt. Ganz praktisch erscheint der Vorschlag, den üblen Consequenzen einer Arzneiverwechslung durch das Pflegepersonal oder den Kranken selbst dadurch vorzubeugen, dass man die stark giftigen Arzneien eine besondere Art von Korken verwendet, welche so eingerichtet sind, dass der gewöhnliche Korkstopfen horizontal in zwei Theile zerschnitten ist, die auf eine mit einem Knoten versehene Schnur aufgezogen sind. Bei beabsichtigtem Entkorken der betreffenden Flaschen wird zunächst nur der obere Theil des Korkes abgehoben, während der untere Theil im Flaschenhalse stecken bleibt und den Inhalt sogleich bemerken lässt (Zeitschr. f. Krankenpf. 1894. pag. 45). Starke Gifte macht man überdies durch Anbringung eines Giftzeichens kenntlich, das am besten in die Flaschen eingebrannt, nicht nur auf einem Papierstreifchen vermerkt und aufgeklebt wird (Ibidem. 1894. pag. 71). Sehr stark wirkende Arzneien werden gewöhnlich als „Tropfen“ verordnet und in besonderen sog. Tropfflaschen aufbewahrt. In neuerer Zeit haben diese Tropfflaschen wesentliche Vervollkommnungen erfahren, wodurch ermöglicht wird, dass die betreffenden Flaschen zwar bei Nichtgebrauch luftdicht verschlossen sind, bei der Anwendung aber durch

infachen Handgriff die an ihnen angebrachte Tropfvorrichtung gesetzt werden kann. In früheren Zeiten hatten jedoch die gewöhnlichen Arzneiflaschen auch für die inerten Medicamente verfügbar, bei deren Anwendung ein genaues Abzählen der Tropfen selbst dann nicht mit Schwierigkeit war, wenn man den im Volke seit Alters bekannten Handgriff zu Hilfe nahm, den oberen Rand der Flasche einzuklemmen; späterhin verwendete man Tropfgefäße, welche so konstruirt waren, dass die obere Apertur der Flaschen durch einen, aus einem, cylindrischen Korkstopfens mit einem Stückchen Glas, die am Flaschenhals durch eine feine circular angeordnete Oefnung und beim Gebrauch mittels einer Nadel zwiefach durchbohren waren. Derartige Vorrichtungen kommen jedoch nicht mehr für Improvisationszwecke in Betracht, da sie den Patienten keinen Nachtheil haben, dass sie nicht genügend den Flaschen gegen das Eindringen von Staub schützen. Die jetzt allgemein gebräuchlichen Tropfverschlüsse für Arzneiflaschen bestehen aus einem absolut luftdicht in den Flaschenhals eingewinkelten Glasstöpsel, an dem ein kleiner Glasröhrchen angeschmolzen ist, mittelst dessen der Patient nach Belieben verfahren werden kann. Es giebt mehrere verschiedene Systeme dieser gläsernen Tropfverschlüsse,

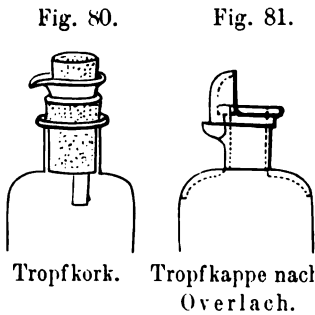


Verschiedene Systeme von Tropfvorrichtungen für Arzneiflaschen.

jedoch sämmtlich auf dem Princip beruhen, dass durch die Verdrehung bzw. Drehung des Stopfens sowohl eine feine Ausflussrinne für einen Tropfen gebildet, als auch gleichzeitig eine zweite feine Rinne für den Eintritt einer geringen Menge Luft, wie sie nach physikalischen Gesetzen zum Zustandekommen gleichmässigen Ausfliessens von Flüssigkeiten aus geschlossenen Hohlräumen erforderlich ist, hergestellt wird (Fig. 77, 78, 79). In den letzten Jahren ist das Herstellen dieser Tropfflaschen wesentlich vereinfacht und ihr Preis ein geringerer geworden, so dass sie gegenwärtig auch in öffentlichen Hospitälern eine immer weitergehende Anwendung und Verbreitung erfahren. Immerhin sind die Bemühungen nur zu billigen, darauf abzielen, geeignete Tropfverschlüsse für Arzneigefäße zu construiren, welche möglichst einfach in der Herstellung und daher möglichst wenig kostspielig sind; eine recht einfache und praktische Vorrichtung dieser Art stellt der sog. „Tropfkork“ dar (vgl. Zeitschr. f. Pharmazie, 1894. pag. 180), welcher aus einem gewöhnlichen, cylindrischen Flaschenkork besteht, der in der Mitte durchbohrt ist und ein

kleines Glastrichterchen mit Ausflusstülle nebst Luftlöchelchen trägt, d. seinerseits wiederum durch einen kleinen Korkstöpsel verschlossen werden kann (Fig. 80). Zweckentsprechend scheint auch die von Overlach (Ibidem. 1894. pag. 388) angegebene Tropfkappe für Arzneigefässe zu sein, welche eine schnabelförmige Gestalt hat und an einem federnden Ringe befestigt ist, der an den Flaschenhals jeder gewöhnlichen Glasflasche angelegt werden kann (Fig. 81). Tropfvorrichtungen, welche eine Pipetten-artige Construction aufweisen, d. h. aus einem in den Flaschenhals eingeschliffenen Glasrohr bestehen, dessen obere Oeffnung durch eine Gummikappe verschlossen ist, sind hingegen für innerlich nehmende Arzneien nicht geeignet, da sie nicht genügend gegen die Luft abschliessen.

Nicht minder wichtig für die Vermeidung eines Verderbens der dem Kranken dazureichenden Arzneien als ein hinreichender Luftabschluss der Arzneibehältnisse ist die Umgebungstemperatur, in welcher die Medicamente gehalten werden. Bei denjenigen Arzneien, welche erfahrungsgemäss einen besonders günstigen Nährboden für die Entwicklung pflanzlicher Mikroorganismen (Bakterien, Schimmel- und Sprosspilze) darbieten und besonders leicht chemischen Zersetzungen unterliegen, erscheint es unbedingt nothwendig, diesen unerwünschten Processen, welche den Nutzen der Arznei nicht nur vollkommen illusorisch machen, sondern directe Schädigungen des Kranken im Gefolge haben können, dadurch vorzubeugen, dass man die Arzneigefässe dauernd in kaltes Wasser bezw. in Eis ein-



stellt, ein Verfahren, welches vor allem in der heissen Jahreszeit, aber auch sonst vielfach in Rücksicht auf die dauernd erhöhte Lufttemperatur der Krankenräume geboten ist. Noch aus einem anderen Grunde scheint es nothwendig, der richtigen Temperirung der dem Kranken zu verabreichenden flüssigen Medicamente in höherem Maasse Beachtung zu schenken, als dies bisher üblich ist; die in der Apotheke frisch bereiteten Arzneien, insbesondere die Decocte und Infuse, kommen nicht selten in noch heissem Zustande in die Krankenräume und können dabei leicht durch das Pflegepersonal den Kranken in einer wenig zuträglichen Temperatur dargereicht werden. Desgleichen ist der Ort, an welchem die Medicamente in der Zwischenzeit zwischen den einzelnen Gaben aufgestellt finden, von Bedeutung. Ebenso wie es als unzweckmässig bezeichnet werden muss, die Krankengeschichten und Temperaturtabelle in den Hospitälern am Kopfende der Krankenbetten oder im nächsten Bereiche der Kranken zu placiren, da diese Einrichtung häufig dazu führt, dass die Kranken Missbrauch mit diesen Objecten treiben, kann es als wünschenswerth angesehen werden, dass die für die Kranken bestimmten Arzneiflaschen auf der oberen Glasplatte des neben der

kenbette stehenden Nachttischens deponirt werden; es ist vielmehr Verhütung von Missgriffen und ihren schädlichen Folgen notwendig, die Arzneigefässe auf einem besonderen eigens hierzu bestimmten Orte Platz finden. Von besonderer Wichtigkeit ist es, dass sehr stark wirkende, giftige Medicamente aus der Nachbarschaft der Kranken ferngehalten werden; am rathsamsten erscheint es, derartige Medicamente einem besonderen Wandschränken aufzubewahren, welches den Kranken nicht zugänglich ist.

Um ein möglichst genaues Abmessen der Arzneien entsprechend der der Signatur vermerkten Dosirung zu ermöglichen, sind in neuerer Zeit eine Reihe besonderer Geräthschaften construirt worden, welche das ordnungsmässige Verabreichen der Medicamente wesentlich erleichtern. Während man früher auch in den Hospitälern sich für die Abmessung der Arzneien ausschliesslich der noch heute in den Privathäusern häufig verwendeten gewöhnlichen metallenen Tischlöffel und der Tischgläser des Wirths bediente, verwendet man neuerdings mehr besondere, eigens Kranken zwecke bestimmte technische Geräthschaften, bei deren Herstellung im Wesentlichen die Gesichtspunkte einer leichten Reinhaltung betreffenden Gefässe, einer möglichst exacten Abmessung der Einzelmengen und einer für den Kranken möglichst bequemen Darreichung maassgebend sind. Uebereinstimmung mit der immer weiter fortwährenden Verbreitung der Arzneigeräthe steht

Fig. 82.



Arzneilöffel.

Fig. 83.



Fig. 84.



Fig. 85.



Arzneigläser.

Thatsache, dass neuerdings die früher allein übliche, auf den Signatur vermerkte Angabe: „Esslöffelweise, kinderlöffelweise, theelöffelweise nehmen“ allmählig verschwindet und durch die Angabe: „Zweistündlich 5 g zu nehmen“, etc. ersetzt wird. Dass, ebenso wie alle übrigen Theile des Krankencomforts, auch die Arzneigeräthe, welche die Einverleibung der Arznei in den Körper des Kranken direct vermitteln, auf die peinlichste sauber gehalten werden müssen, braucht hier nicht besonders erörtert zu werden; die Geräthe sollen stets sofort nach dem Gebrauche auch sorgfältig abgewaschen und in ein Gefäss mit reinem Wasser gestellt werden. Man hat hauptsächlich zwei verschiedene Arten von Verabreichungsgeräthen für Arzneien zu unterscheiden: 1. Arzneilöffel und Arzneigläser. Der Grund, weshalb man als Herstellungsmaterial für Arzneigeräthe ausschliesslich Porzellan oder Glas wählt und Metall möglichst vermeidet, ist darin zu erblicken, dass das Metall von vielen Arzneistoffen, welche Säuren, Alkalien oder nach anderer Richtung wirkende Körper enthalten, angegriffen wird und die Geräthe dann unrein werden gereinigt werden können.

Die Arzneilöffel (Fig. 82) haben eine ähnliche Gestalt wie die für

die Ernährung Kranker bestimmten Schnabellöffel, unterscheiden sich jedoch von diesen Geräthen dadurch, dass sie an ihrer Innenfläche mit Mensurstrichen versehen sind, welche ein genaues Abmessen der Einzeldosis beim Eingiessen der Arznei aus der Medicinflasche gestatten. Die Maassangabe ist gewöhnlich eine doppelte, gemäss den auf den Signaturen üblichen Verordnungsweisen, nach Grammen oder nach „Löffeln“ wobei man sich im Allgemeinen dahin geeinigt hat, den Inhalt eines Esslöffels = 15 g, den eines Kinderlöffels = 10 g und den eines Theelöffels = 5 g anzunehmen. Die Einführung besonderer Arzneilöffel, welche ausschliesslich den Zwecken der Krankenpflege dienen, ist mit besonderer Freude zu begrüssen, weil es mit ihrer Hilfe gelingt sowohl ein einheitliches und genaues Abmessen der Arzneimengen durchzuführen als auch Krankheitsübertragungen von Person zu Person, wie sie sich beim Gebrauch der gewöhnlichen Tischlöffel nicht selten ereignen, auszuschliessen. Allerdings ist es wünschenswerth, dass die Skalen der Arzneilöffel präzise gearbeitet werden, was häufig nicht der Fall ist. Die Arzneigläser sind kleine runde Gläschen mit und ohne Fuss, welche aus durchsichtigem Glase hergestellt sind und gleichfalls eine doppelte Skala, nach Grammen und „Löffeln“, tragen (Fig. 83, 84, 85). Am besten wird die Skala auf der Innenfläche der Wandung angebracht, sonst die oft sehr verschiedene Dicke der Glaswand einer einheitlichen genauen Abmessung der Dosen hinderlich ist. Der obere Rand der Gläschen wird zweckmässigerweise schräg abgeschnitten, weil der Inhalt alsdann dem Kranken in seiner horizontalen Position leichter beigegeben werden kann, und es leichter möglich ist, bei abgeschrägtem Rande eine Benetzung der Zähne des Kranken durch die angreifende Medicamente (Eisen!) zu vermeiden, indem der Glasrand über die Zahnoberfläche hinweg in den Mund eingeführt wird. Beachtenswerth ist auch, dass der obere Rand der Arzneigläschen stets glatt verschmolzen sei, um einer Verletzung der Kranken, die bei scharfem Rande leicht möglich vorzubeugen. Die Arzneigläschen werden in letzter Zeit in grosser Maassstabe fabrikmässig aus gepresstem Glase hergestellt, und ihr Preis hat sich so ermässigt, dass einer jeden Medicinflasche ein Arzneigläschen vom Apotheker beigegeben werden kann, das nur wenige Pfennige kostet. Als besonders empfehlenswerth haben sich mir die von v. Porro hergestellten Gläschen bewährt, welche allen zu stellenden Anforderungen in vortrefflicher Weise entsprechen (vgl. Deutsche Krankenpf.-Zeitung 1898. pag. 68). Auch die in letzter Zeit angegebenen Arzneigläschen „mit hohlem Stiel“, welche gleichzeitig zum Verabreichen von Wein, Cognac, Milch etc. dienen können, sind als recht brauchbar zu bezeichnen (vgl. Zeitschr. f. Krankenpf. 1895. pag. 464).

In Erwägung der Thatsache, dass ein absolut pünktliches Eingeben der Arzneien gemäss der auf der Signatur vermerkten Anordnung das Zustandekommen der beabsichtigten Einwirkung auf den kranken Organismus ein unbedingtes Erforderniss und vom Gesichtspunkte einer geordneten Krankenpflege unerlässlich ist, dürfte es zu empfehlen sein



1; in der einen Abtheilung der Flasche befindet sich die Arznei, in andern eine angenehm schmeckende Flüssigkeit (Syrup). Die Confection ist eine derartige, dass, wenn die Flasche dem Kranken, der aus ihr trinkt, zugeneigt wird, die wohlschmeckende Flüssigkeit der Medicin den Gaumen des Kranken erreicht und deren üblen Geschmack nicht bemerken lässt (vgl. Zeitschr. f. Krankenpfl. 1897. 2. 197). In den meisten Fällen ist wohl die Verwendung derartigen Trankes entbehrlich, und man kommt über den schlechten Geschmack der Arznei ausreichend hinweg, indem man vom Apotheker eines der gleichen Corrigentien der Arznei selbst hinzufügen lässt, bezw. das wirkliche Medicament, wenn angängig, lieber in Pillenform als in Gestalt der flüssigen Arznei verordnet. Um den schlechten Nachgeschmack der Arzneidarreichung zu beseitigen, dient ein kleiner Schluck Wasser oder, wenn man eine Verdünnung des Medicamentes durchaus vermeiden will, so genügt ein dem Einnehmen folgendes Ausspülen des Mundes mit Zucker- oder Himbeerwasser. Da der schlechte Geschmack dieser Medicamente nur dann bei der Arzneidarreichung störend wirkt, wenn sie in einer Form verabreicht werden, die eine ausgiebige Verweilung der Substanz auf der Schleimhaut der Mundhöhle gestattet (flüssige Arzneien, Pulver), so hat man sich bestrebt, in denjenigen Fällen, wo eine Verordnung in Pillenform nicht vorzuziehen ist, die flüssige Arznei oder das Pulver in eine Schutzhülle einzubringen, welche eine direkte Benetzung oder Berührung der Mundschleimhaut verhindert. Für flüssige Arzneien (Tropfen!) bedient man sich für diesen Zweck mit Theil der eiförmigen Gelatine kapseln, die sich im Magen auflösen, Pulver der angefeuchteten und zusammengerollten Oblate, der tellerförmigen Capsulae amylaceae (Capsules Limousin) oder des japanischen

vervollkommenet worden, sondern auch für die äusserlich dem Körper beizubringenden Medicamente. So sind in letzter Zeit zweckmässige Salbenbehältnisse construiert worden, welche eine Haltbarkeit und Sauberkeit der in ihnen befindlichen Salben leisten als die früher allein verwendeten einfachen Salbenkrü-

Fig. 86.



Salbengefässe mit beweglichem Boden.

Fig. 87.



struirter Hilfsapparate, der „Salbenreiber“, welche den bekannten Löschern ähnlich sehen und entweder ganz aus Glas mit ebensolchen geschmolzenen Handgriff oder aus einer mit Leder bespannten g

Fig. 88.



Vorrichtungen zur Application von Salben (Salbenreiber).

Fig. 89.



Anwendung besonders für diesen Zweck (Fig. 89).

Um die Application von Salben an bestimmten scripten Körperstellen Kranken möglichst und sauber zu gestalten, hat Schreiber eine „Inunctionsbinde“ angedacht, welche aus drei Schichten besteht, von denen die innerste die Salbe aufnimmt, die mittlere aus einem weichen Stoff gewählt ist, die oberste aus weichem

gestellt und mit einer Anzahl von Befestigungsbändern versehen (Zeitschr. f. Krankenpf. 1894. pag. 220). Ebenfalls von Schreiber ist ein practischer kleiner Hilfsapparat construiert worden, der es ermöglicht, Streupulver in sehr bequemer und genauer Weise auf eine b

stelle zu appliciren. Der „Tegumentum perforatum“ genannte Apparat stellt eine kleine dreieckige Platte aus Milchglas dar, welche von runden, verschieden grossen runden und länglichen Oeffnungen mit keg-trichterförmigem Rande durchsetzt ist, so dass beim Aufstreuen Pulvers (bezw. auch beim Pinseln Aetzen) die zu treffende Stelle genaueste präcisirt werden kann (Mittelschr. f. Krankenpf. 1895. pag. 420), während die Umgebung sorgfältig gesont wird (Fig. 90).

Fig. 90.



Vorrichtung zur Pulver-Application  
nach Schreiber.

Ferner sind auch die Geräthchaften des Krankencomforts, welche zu dienen arzneiliche Flüssigkeiten im Innern von Körperhöhlen appliciren, in letzter Zeit wesentlich vervollkommen worden. Der wichtigste Apparat, der hier in Frage kommt, ist der Irrigator, der dazu dient, die sog. Eingiessungen (Ausspülungen) vorzunehmen, und besonders die Einführung von Flüssigkeit von aussen in die grösseren Hohlräume des Körpers in Anwendung gezogen wird. Das Prinzip dieses Apparates beruht darauf, dass eine gewisse Menge der im Einzelnen angemessenen Flüssigkeit aus einem erhöhtem Niveau befindlichen Gefässe durch ein Rohr hindurch vermittelst der Sogkraft in die betreffende Körperhöhle eingeleitet wird. Demgemäss besteht eine zweckentsprechende Irrigator-Vorrichtung stets aus folgenden vier Theilen: 1. dem Irrigatorbecher, 2. dem Verbindungsschlauch, 3. dem Hahn, 4. dem unteren Ansatzstück.

Fig. 91.



Typus einer Irrigator-Vorrichtung  
mit ihren 4 Theilen: Irrigatorbecher,  
Verbindungsschlauch, Hahn und  
unteren Ansatzstücken.

Die Irrigatorbecher, cylindrische, kannenähnliche Gefässe von 1 Liter Inhalt, werden meist aus blankem Metall oder Glas hergestellt. Oberhalb des Bodens befindet sich ein kurzer, rohrförmiger Ansatz, auf den der Verbindungsschlauch aufgezogen wird. Das wichtigste Erforderniss bei der Anwendung der Vorrichtung ihre absolute Reinlichkeit und Desinficirbarkeit ist, so dass die Glasbecher die meiste Empfehlung, sowohl weil sie an und für

sich leichter zu reinigen sind als auch ihrer Durchsichtigkeit halber, welche Verunreinigungen des Inhalts wie auch das jeweilige Flüssigkeitsniveau genau beobachten lässt. Am zweckmässigsten haben sich die mit Henkel versehenen, einem Bierglase ähnlichen Becher (Fig. 92) gezeigt, die in sehr bequemer Weise gehandhabt werden können. Auch die neuerdings hergestellten Gummibecher, die die Form einer viereckigen Tasche haben und gleichzeitig als Wärmflaschen mit Heisswasserfüllung benutzt werden können, sind für die Privatpflege als zweckmässig zu bezeichnen, während sie für den Krankenhausgebrauch nicht ausreichen. Wünschenswerth ist, dass die Glasbecher mit einer der Wand eingeritzten genauen Graduierung versehen und aus einer Glasart hergestellt sind, welche beim Füllen des Geräthes mit heissem Wasser nicht leicht springt. Um die Befestigung des Bechers bei der Anwendung zu ermög-

Fig. 92.



Verschiedene Formen von Irrigatorbechern aus Glas, ohne (a, b) und mit (c, d) Metallstativ.

lichen, hat man Becher construirt, die in ein Metallgehäuse eingestellt werden, das mit einem Aufhängehaken versehen ist. Gewöhnlich wird der Becher in einer Höhe von ca. 2 m über dem Fussboden des Krankenzimmers an die Wand gehängt; will man jedoch in der Lage sein, den Druck des Becherinhalts und des aus dem Irrigator hervorströmende Flüssigkeitsstrahles beliebig und in genau dosirbarer Weise zu verändern, so bedient man sich mit Vortheil der mit Skala versehenen in der Höhe verstellbaren Irrigatorstützen aus Eisen, an deren obere Ende der Becher befestigt wird, oder man verbindet den Becher mit einer über eine in ca. 2 m Höhe angebrachte Rolle laufenden Schnur und lässt ihn in einer schlitzenartigen Vorrichtung, welche die Höheskala trägt, gleiten. Der Verbindungsschlauch besteht aus Gummi und wird gewöhnlich in einer Länge von 1,5 m gewählt. Der in den Schlauch einzuschaltende Hahn sei zweckmässigerweise kein Quetschhahn, da



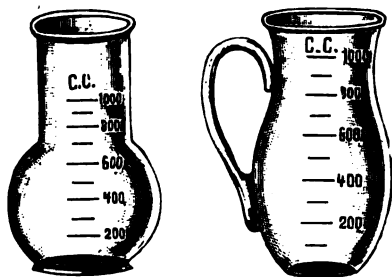
durch seitliche Compression wirkenden Verschlüsse in kurzer Zeit den Schlauch beschädigen, sondern ein Drehhahn aus Hartgummi, besser noch aus Glas. Besonders practisch sind die von der Firma v. Poncet hergestellten „aseptischen“ Hähne, welche leicht auseinandergenommen und gut gereinigt werden können (vgl. Deutsche Krankenpfl.-Zeitung. 1898. pag. 53). Das untere Ansatzstück des Irrigators hat eine verschiedene Form, welche sich nach der anatomischen Lage und Configuration derjenigen Körperhöhle richtet, in die es eingeführt werden soll. Gewöhnlich wird man sich weicher Ansatzstücke bedienen, aus rothem oder grauem Weichgummi, mit denen nicht leicht Verletzungen der Schleimhaut hervorgerufen werden können (weiche Magensonde, Nélaton-Katheter, weiches Darmrohr etc.), und die überdies vor der Einführung in den Magen, die Blase, den Darm mit schlüpfrig machenden Medien benetzt werden, um die Procedur für den Kranken schonender zu gestalten. Dem gleichen Zwecke wie die Irrigatoren, nämlich Flüssigkeiten in das Körperinnere einzuführen, dienen die Spritzen. Während diese Geräthe früher aus Zinn hergestellt wurden, verwendet man jetzt ausschliesslich Spritzen mit Glaszylinder und Hartgummidichtung, die gründlich desinficirt werden können. Neuerdings sind die medicinischen Spritzen wesentlich vervollkommenet worden. Als besondere Fortschritte der Construction seien hier vermerkt Spritzen, ganz aus Glas hergestellt, welche sich in ihre verschiedenen Theile bequem zerlegen lassen, und vor einigen Jahren zuerst in Amerika hergestellt wurden. Sodann sind sehr zu empfehlen die von G. Meyer angegebenen Spritzen mit verstellbarem Asbestkolben, bei denen ein Undichtwerden des Geräthes ausgeschlossen ist (vgl. Therap. Monatsh. 1890. pag. 647). Der Spritzenstempel trägt meist eine exact gearbeitete Graduierung, welche insbesondere bei den kleinen, nur 1 ccm fassenden Subcutanspritzen aufs sorgfältigste eingehalten sein muss, da diese Spritzen fast stets zur Aufnahme sehr stark wirkender und differenter Substanzen verwendet werden.

### 5) Entleerungen der Kranken.

Die mehr oder minder grosse Hilflosigkeit kranker Personen, welche dauernd das Bett zu hüten gezwungen sind, hat dazu geführt durch Construction möglichst zweckmässiger und bequemer Hilfsapparate die Vorahme der Entleerung von Blase und Darm zu unterstützen und dem Kranken die Ausführung dieser immerhin mit einer gewissen Muskelausstrengung verbundenen Functionen zu erleichtern. Da Schwerkranke gezwungen sind, die Entleerung von Stuhl und Urin im Bette liegend auszuführen, so müssen die hierzu bestimmten Geräthschaften sich in unmittelbarer Nähe der Kranken befinden, um jederzeit leicht erreichbar zu sein. Um dem Kranken den dauernden Anblick des gefüllten Urin-glases auf seinem Nachttischchen zu verbergen, thut man indessen gut, dasselbe nach Dieffenbach's Vorschlag mit einem Bogen Schreibpapier zu umgeben. Die gewöhnlich für Kranke in den Hospitälern verwendeten Uringefässe sind kreisrunde Gläser von etwa 2 Liter Inhalt,

welche stets mit einem Metalldeckel verschlossen sein müssen. Es ist nothwendig für diese Behältnisse farblos durchsichtiges Glas zu wählen, um nicht durch die Färbung des Glases über die Farbe des Inhalts sich täuschen zu lassen (Fig. 93). Die Gefässe finden zweckmässig ihr Platz auf der unteren Glasplatte des Nachttischchens. Da eine Reihe von Kranken nicht vermag unter den Augen anderer Personen Urin zu lassen, weil sich bei ihnen psychische Hemmungen geltend machen, ist

Fig. 93.



Uringläser für Kranke.

wünschenswerth durch vom Kranken hervorzuziehende Portièren die Möglichkeit eines Abschlusses von dem Zimmergenossen während der Entleerung zu schaffen. Bei schwachen Kranken ist stets die Hilfe von Seiten des Pflegepersonals nothwendig, das Ergreifen des Uringlases ist Kranken schon zu sehr anstrengend. In manchen Krankenhäusern sind Uringläser mit einem Handgriff zu sehen, der sie einem Bierseidel ähnlich macht, um ihr Ergreifen dem Kranken zu erleichtern. Immerhin ist es bei ihrer Anwendung nothwendig, dass sich der Kranke ein wenig aufsetzt, weil sonst leicht die Bettstücke mit Urin verunreinigt werden. Um diese Unbequemlichkeit zu vermeiden, hat man besondere Urinbehältnisse für dauernd bettlägerige Kranke construirt, die sog. Urinenten, welche den Kranken durch das Pflegepersonal zwischen die Schenkel gelegt werden. Diese Gefässe sind gleichfalls aus Glas hergestellt; sie besitzen eine platte Grundfläche, welche ihr Anstellen auf dem Laken erleichtert, eine geschweifte, glockenförmige, längliche Gestalt, einen schmälern schräg nach oben gebogenen Halsansatz, wodurch in der That eine gewisse Aehnlichkeit mit einer Ente bekommen. Wenn sorgfältig zwischen die Schenkel eines Kranken gelegt werden, sodass die Mündung des Halsansatzes der äusseren Harnröhrenöffnung genau entspricht, ist eine Benetzung des Bettes ausgeschlossen. Sie eignen sich besonders auch für den Gebrauch bei Kranken, deren Sensorium nicht ganz klar ist, und bei Kranken, welche an häufigem, unwillkürlichem Harnabgange leiden, da sie längere Zeit hindurch im Bette verbleiben können (Fig. 94). Allerdings müssen die Geräthe stets vor der Darreichung durch Hineingießen von etwas warmem Wasser angewärmt werden, um dem Kranken die unangenehme Empfindung des kalten Glases zu ersparen. Man unterscheidet männliche und weibliche Urinenten, je nach der verschiedenen Form des Halsansatzes, welche durch die differente Gestalt der äusseren

Fig. 94.

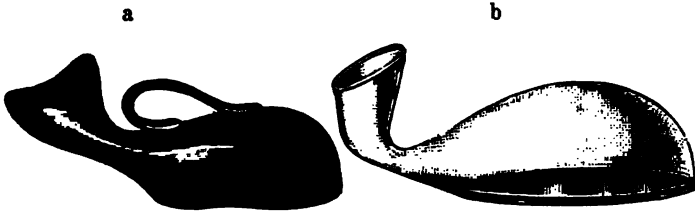


Uringefäss für männliche Schwerkranke aus Glas (Urinente).

Benetzung des Bettes ausgeschlossen. Sie eignen sich besonders auch für den Gebrauch bei Kranken, deren Sensorium nicht ganz klar ist, und bei Kranken, welche an häufigem, unwillkürlichem Harnabgange leiden, da sie längere Zeit hindurch im Bette verbleiben können (Fig. 94). Allerdings müssen die Geräthe stets vor der Darreichung durch Hineingießen von etwas warmem Wasser angewärmt werden, um dem Kranken die unangenehme Empfindung des kalten Glases zu ersparen. Man unterscheidet männliche und weibliche Urinenten, je nach der verschiedenen Form des Halsansatzes, welche durch die differente Gestalt der äusseren

**Geschlechtsorgane bedingt ist.** Bei den für männliche Kranke bestimmten **Urina**len hat der Halsansatz eine röhrenförmige Gestalt, um den Penis aufzunehmen, bei den Gefässen für weibliche Kranke eine trichterförmige Beschaffenheit, sodass ein Umfassen der Schamspalte möglich ist (Fig. 95 u. 96). Ausser den Glasenten giebt es noch ähnlich gestaltete Urinale aus Porzellan, mit und ohne Handgriff; dieselben sind jedoch weniger

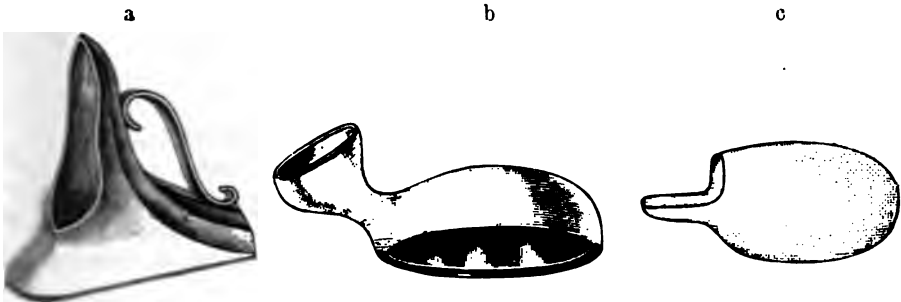
Fig. 95.



Uringefässe für weibliche Schwerkranke; a) aus Papiermaché, b) aus Glas.

empfehlenswerth, weil man ihren Inhalt nicht übersehen und sich nicht so gut von ihrer Sauberkeit überzeugen kann, wie bei den aus durchsichtigem Glase hergestellten Behältnissen. Wenig zweckmässig erscheinen die aus Papiermaché gearbeiteten Urinale; sie sind zwar billiger, aber viel weniger haltbar, schlecht zu reinigen und bewahren leicht einen unangenehmen Uringeruch. Auch die Glasenten bedürfen einer sehr peinlichen Reinhaltung, um so mehr, als sich, wenn dieselbe

Fig. 96.



Uringefässe verschiedener Form für weibliche Schwerkranke; a) aus Porzellan (mit Handgriff), b) aus Glas, c) aus Porzellan (nach Sänger).

unterlassen wird, leicht Salze aus dem Urin auf die Glaswand niederschlagen und einen schwer zu lösenden Belag bilden, der je nach seiner chemischen Beschaffenheit nur mühsam mit verdünnter Salzsäure oder Salzwasser entfernt werden kann. Für Kranke, welche fortwährendes Hamträufeln aufweisen oder sehr häufigen Urindrang zeigen, der sich so schnell geltend macht, dass ein Herbeirufen des Pflegepersonals jedes-

mal nicht erfolgen kann, eignen sich als Uringeräthe die aus schwarzem Patentgummi angefertigten Urinale mit Abführungsschlauch (Fig. 97). Diese Behältnisse haben eine trichterförmige Gestalt und werden mittelst mehrerer Bänder und Riemen, die an der oberen Circumferenz des Gummitrichters angenäht sind, am Unterleibe des Kranken nach Art eines Suspensoriums befestigt (vgl. Aerztl. Polytechn. 1890. pag. 205). Von dem tiefsten Punkte des Trichters geht ein Gummischlauch aus, welcher den Urin in ein neben dem Krankenbette befindliches Glasgefäss ableitet. Derartige Geräthe können längere Zeit hindurch liegen bleiben, jedoch ist darauf zu achten, dass sie öfter einer gründlichen Reinigung

Fig. 97.



Vorrichtung zum Auffangen des Harns bei bettlägerigen Kranken mit unwillkürlicher Urinentleerung.

Fig. 98.



Vorrichtung zum Auffangen des Urins bei umhergehenden männlichen Kranken mit unwillkürlicher Entleerung.

Fig. 99.



Vorrichtung zum Auffangen des Urins bei umhergehenden weiblichen Kranken mit unwillkürlicher Entleerung.

und Desinfection unterworfen werden. Aehnlich construirte Uringeräthe sind auch für umhergehende Kranke, die an Harnträufeln oder häufigem Urindrang leiden, in Gebrauch. Dieselben sind mit einem Harnreservoir in Form eines länglichen Beutels versehen, das mittelst einer Schraubvorrichtung oder eines Hahns nach Belieben geöffnet oder geschlossen werden kann und eine grössere Harnmenge aufzunehmen im Stande ist. Das Reservoir ist an dem tiefsten Punkte des Gummitrichters befestigt, besteht gleichfalls aus Gummi und trägt an seinem unteren Ende einen Gummischlauch, der gestattet den Inhalt des unter der Oberkleidung verborgenen Apparats unbemerkt zu entfernen (Fig. 98 u. 99). Um den



beim Tragen dieser Geräthe selbst bei ihrer peinlichsten Rein-  
nicht ganz zu verhindernden Uebelstand der Verbreitung eines  
Geruches nach Möglichkeit auszuschalten und zu vermindern

insbesondere bei bettläge-  
rauen, die an Incontinentia

leiden, möglichste Bequem-

und Schmerzlosigkeit zu

hat Hottinger einen

Hilfsapparat, den er „Pessar-

nennt, construirt, der recht

bar zu sein scheint (Fig. 100).

eräth wird in die Scheide ein-

sodass es den Urin direkt

er Harnröhrenmündung auf-

es ist einem Oclusiv-Pessar

h, besteht aus einem Gummi-

dessen verschliessende Mem-

trichterförmig in ein ableitendes Kautschukrohr ausmündet und

st so gut nach aussen ab, dass es selbst im Umhergehen in aus-

nder Weise seinen Zweck erfüllt. Der

ich, der eine Länge von ca. 20 cm hat,

in ein gewöhnliches Gummi-Reservoir, das

dem Oberschenkel befestigt wird (Aerztl.

schn. 1898. pag. 134). Um bei kleinen

m, die sich im Bette oftmals hin- und her-

und die Bettstücke häufig mit Urin ver-

igen, eine Vorrichtung zu besitzen, welche

neueren Trockenbetten für Säuglinge zweck-

g ersetzen kann, hat R. Hecker einen

Harnfänger für Säuglinge construirt, der aus

kleinen Glasente besteht, in deren Hals ein

ventil angebracht ist, das den Rückfluss

Urin aus der Glasflasche verhindert, und an

es sich ein Gummischlauch ansetzt, der bei

en über den Penis gestülpt wird, bei Mäd-

mittels einer trichterförmigen Erweiterung

Scheidenöffnung umfasst (Fig. 101). Der

mansatz ist, um Druck und Reibung an der

der Kinder zu vermeiden, mit einem kleinen

usbaren Luftring versehen und wird durch

einfache Leinwandbandage am Körper be-

t (Ibidem pag. 127). Durch Anwendung

praktischen Apparates gelingt es sowohl das

zu beobachtende Wundwerden der Kinder zu verhüten als auch

versorgung derselben dem Pflegepersonal wesentlich zu erleichtern.

Erwähnt sei an dieser Stelle, dass verschiedentlich der Versuch

Fig. 100.



Pessar-Urinar nach Hottinger für Frauen  
mit unwillkürlicher Harnentleerung.

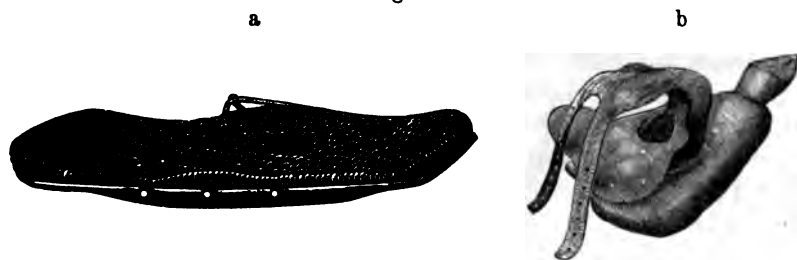
Fig. 101.



Ventilharnfänger für Säug-  
linge nach R. Hecker.

gemacht worden ist für ganz kleine Kinder oder auch grössere, die das Bett zu durchnässen pflegen, besondere Krankenbetten zu construiren die sog. „Trockenbetten“, welche so eingerichtet sind, dass der Urin durch ein rundes Loch der Polstermatratze in ein darunter befindlich Reservoir abfliessen kann, so dass die Kinder stets trocken liegen. Ein besonders bewährtes Modell für ein derartiges Trockenbett ist von Kraut

Fig. 102.



Trockenbett für Säuglinge nach Kraut; a) Mulde aus Korbgeflecht, b) Sammelbeutel aus Weichgummi.

angegeben worden. Dasselbe besteht aus einer aus Korbgeflecht hergestellten Mulde mit Deckel, in welche ein zur Aufnahme der Entleerungen bestimmter Gummibeutel eingelegt und darin durch Einhängen an einen hierzu bestimmten Messingknopf befestigt wird. Der Deckel des Korbes ist so geformt, dass der Kopf des Kindes bequem ruht und

Fig. 103.



Trockenbett für Säuglinge nach Kraut (vollständiges Untertheil des Bettes mit Mulde, Beutel, Betttuch und Unterbettchen.

das Kind dauernd in der Mitte liegt. Auf den Deckel der Mulde kommt das Unterbettchen so zu liegen, dass der Ausschnitt an demselben mit der an dem Deckel der Mulde befindlichen Oeffnung correspondirt. Der Hals des Gummibeutels wird durch diese Oeffnung durchgezogen, das Unterbettchen, an dem sich vier Laschen befinden, an den entsprechenden Metallknöpfen des Korbdeckels festgehängt und die Gummihalter des Beutels an den seitlichen Knöpfen eingehängt. Nachdem das gleichfalls durchlochte Betttuch darüber gebreitet und das Gummioberteil durchgezogen ist, wird ein Unterlageleibchen an den letzteren festgeknüpft; damit ist das Trockenbett zur Aufnahme des Kindes bereit, das schliesslich mit einem Oberbettchen zugedeckt wird (vgl. Zeitschr. f. Krankenpf. 1895. pag. 139). Für grössere Kinder und Erwachsene wird von v. Ziemssen ein von Stuttgart der sehr sinnreich construirtes Trockenbett neuerdings empfohlen, das sowohl in Hin-

auf Einfachheit der Herstellung als Sicherheit des Erfolges bei nassen, bettnässenden Kranken mustergültig und allen sonstigen Vorrichtungen für den gleichen Zweck entschieden vorzuziehen ist. Die Vorrichtung kann in jeder beliebigen eisernen und auch hölzernen Bettangebracht werden und besteht aus einem Gestell, welches quer in der Mitte des Bettes auf Strohsack oder Metallmatratze aufliegend aufgestellt wird. Dieses Gestell ist hergestellt aus einem ca. 21 cm hohen und je nach der Breite des benutzten Bettes 90—100 cm langen

Brette, an dessen 4 Ecken eiserne, vertikale, oben in einen röhrenden Träger angeschraubt sind; letztere haben eine Höhe von 100 cm. Beiderseits von diesem Brett werden die zwei Theile einer Strosmatratze, Rosshaar- oder Wollmatratze in das Bett gelegt, welche die gleiche Höhe hat wie die Träger. In den zwischen den beiden Matratzen freibleibenden Raum kommt ein Steckbecken von länglicher

mit nach innen

abgewinkeltem Rand

aus einer rohr-

artigen mit Deckel

aus eisenen Hand-

aus Porzellan

metall. Um zu

Luftdurchzug

zu hindern, werden

zwischenräume

mit Steckbecken

Matratze mit

mit ausgefüllt,

mit angenähten

leicht heraus-

genommen werden kön-

nen.

Über die Matratze und den Mittelraum wird ein Stück Segeltuch

gespannt, das auf Holzstangen aufgezogen wird, die an der Bettwand

aufgehängt werden. Darauf kommt eine Gummiunterlage mit trichter-

förmigem Ausschnitt und auf diese das Bettlaken, das in der Mitte

den Einsatz von Rosshaargewebe besitzt (Fig. 104). Das Rosshaar ist

warm, elastisch und hat die Eigenschaft, keine Flüssigkeit auf-

zunehmen, sodass die Entleerung des Kranken durch die trichterförmige

Leitung des Gummituches in das Becken abfließt. Das Rosshaar-

gewebe ist mit einem Schwamm und warmem Wasser oder Lösung

von Kaliumpermanganat leicht zu reinigen und kann nach dem Ab-

waschen sogleich wieder benutzt werden; die Reinigung lässt sich be-

treiben, ohne den Kranken aus dem Bette zu entfernen. Von

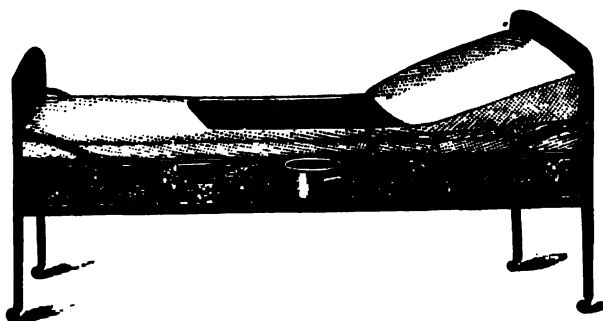
den Methoden unreinliche Kranke zu lagern und sowohl ihren Körper

als die Bettstücke vor häufiger Benetzung mit den Entleerungen zu

schützen ist schon weiter oben die Rede gewesen (vgl. pag. 75).

Die letztbeschriebenen Vorrichtungen können nun nicht nur in den

Fig. 104.



Trockenbett für Erwachsene nach Stuttgardter, mit centraler Rosshaargewebs-Einlage.

Fällen sich als brauchbare Hilfsmittel des Krankencomforts ein, wo es sich um Kranke handelt, welche Störungen der Urinentleerungen zeigen, sondern auch bei Kranken, welche zu schwach sind, um Darmentleerungen in anderer Weise zu bewerkstelligen als in Rückenlage, und leiten uns damit zu den für diesen Zweck construirten Geräthen über.

Diejenigen Kranken, welche tagsüber längere oder kürze ausser Bett sein dürfen, benutzen in den Hospitälern die in der einzelnen Krankensäle belegenen Closetanlagen, um ihre Defäcation zu vollziehen. Ausgeschlossen hiervon sind jedoch Kranke, Darmentleerungen produciren, deren Infectiosität das Aufsuchen gemeinsamen Aborts unzweckmässig erscheinen lässt. Auch in der

Fig. 105.



Zimmernachtstuhl für Kranke.

pflege wird man ja nur den leicht kranken die Benutzung des gemeinen Closetraumes gestatten, welche keine Contagionsgefahr für die übrigen Familienmitglieder befürchten lassen. Für Kranke und sehr schwache, elende Patienten sind selbstredend gezwungen, ihre Entleerungen im Bette liegend zu vollziehen. Diejenigen Kranken, welche zwar aufstehen können und dürfen, aber von dem Innern des Closetraumes zurückgehalten werden müssen, hat man besondere Defäcationapparate construirt, die sog. Zimmernachtstühle, welche transportabel sind und in die Krankenlager gebracht werden können. Sie bestehen gewöhnlich aus einem hölzernen Kasten mit aufklappbarem Deckel, in dem Innenraum sich ein Porzellaneimer, zur Aufnahme der Entleerungen bestimmt ist, befindet. Die ganze Vorrichtung geht am besten auf Rollen, die mit Gummireifen belegt sind. Zweckmässigerweise wird, wie dies neuerdings bereits vielfach geschehen ist, statt des Holzkastens ein cylindrisch geformter Metallkasten als Gehäuse für die transportablen Closetapparate gewählt, weil dieselben leichter zu reinigen bzw. zu desinficiren sind. Die Kästen müssen eine Thür an der Vorderfläche versehen sein, um das innere Porzellengefäss leicht entfernen zu können. Die unter dem Deckel befindliche Sitzfläche sei stets aus Holz oder wenigstens mit einer vorderen Leiste versehen, weil das Metall für die Kranken zu kalt ist; und es ist es stets nöthig, vor der Benutzung ein Stück Wollenzeug an den vorderen Rand der Sitzplatte zu legen. Als Innenbehälter sind die Porzellaneimer den Zinkkästen weit vorzuziehen, da sie sich nicht nur viel besser reinigen lassen, sondern auch üble Gerüche weniger verbreiten. Auch die Sitzplatte muss abnehmbar hergestellt und weder zu hoch noch zu niedrig sein, um dem Kranken unbequeme Körperhaltungen zu vermeiden.

die damit verbundene Muskelanstrengung zu ersparen. Da es eine Grundregel einer geordneten Krankenpflege ist die Darmentleerungen Kranken niemals längere Zeit im Krankenzimmer selbst aufzubehalten, sondern dieselben, wenn sie für die Zwecke der ärztlichen Beobachtung reservirt werden müssen, sogleich an einen besonderen, abgetrennten Ort zu überbringen, natürlich in wohlbedecktem Zustande, so ist es rathsam, den Gebrauch der Zimmernachtstühle, insbesondere in den Hospitälern, möglichst einzuschränken und thunlichst durch den Gebrauch der Bett-Defäcationsapparate zu ersetzen; jedenfalls ist der Behälter nach der Benutzung sogleich aus dem Krankensaal zu entfernen. Ganz wird sich die Verwendung der Zimmernachtstühle nicht vermeiden lassen, weil eine Anzahl von Kranken absolut nicht in der Lage sind auf einer Bettschüssel liegend zu defäciren und die compli-

Fig. 106.



Cloisetstuhl nach Merke.

Fig. 107.

Transportabler Cloisetständer nach  
Merke (für Hospitäler bei  
Epidemien).

ten Bettvorrichtungen ziemlich kostspielig sind. Auch giebt es an chronischen Zuständen des Darmes leidende Kranke, die, ohne zu brennen und gerade ans Bett gefesselt zu sein, doch einen so häufig und plötzlich sich einstellenden Stuhl drang zeigen, dass man hier ohne transportable Cloisetapparate nicht auskommt. Bemerkt sei hier, dass bei ihrer Verwendung sehr sorgfältig darauf zu achten ist, dass die Kranken sich nicht während der Defäcation erkälten, was durch hinreichende Umhüllung mit wollenen Decken leicht vermieden werden kann. Auch bedürfen die Kranken bei längerdauerndem Aufsitzen und starker Anstrengung der austreibenden Bauchpresse häufig sorgsamer manueller Unterstützung. Um den üblen Geruch, welchen derartige transportable Nachtstühle leicht annehmen, zu vermeiden und eine Verunreinigung der Krankenzimmerluft durch die Auslassungen der Entleerungen überhaupt möglichst einzuschränken, hat

man an den Apparaten die Einrichtung getroffen, dass der innere Porzellaneimer an seiner oberen Circumferenz eine rinnenförmige Vertiefung trägt, die mit Wasser oder einer Lösung von Kalium permanganat gefüllt wird, und in welche ein um den Rand des darauf zu setzenden Verschlussdeckels herumlaufender Vorsprung genau hineinpasst, so dass ein absolut dichter Abschluss des Behälters erzielt wird. Andere demselben Zweck dienende Vorrichtungen sind so construirt, dass beim Aufstehen der Kranken aus einem seitlich unter dem Mantel des Bettes verborgenen Reservoir durch Federdruck eine gewisse Menge trockenen, gepulverten Torfes ins Innere des Porzellangefässes und die Fäcalien geschleudert wird, wodurch jeder Geruch sofort beseitigt wird, oder es fliesst beim Verlassen des Apparates nach Oeffnung desselben durch Hebelwirkung in Thätigkeit gesetzten Ventils automatische Quantität desinficirender Flüssigkeit in den Porzellaneimer und bedingt die Entleerungen des Kranken; diese Apparate sind mit einem ähnlichen Mechanismus versehen, wie die an die Wasserleitung angeschlossenen feststehenden Defäcationsvorrichtungen, von denen schon oben die Rede war. Allerdings sind diese Constructionen nur dann verwendbar, wenn

Fig. 108.



Nachtgeschirr für Kinder  
nach L. Fürst.

die Entleerungen nicht mehr der ärztlichen Begutachtung unterbreitet werden sollen. In sehr practischen transportablen „Closets“ hat neuerdings Merke angegeben. Der besteht aus einem sesselartigen, aus Gabeln gebildeten Gestell mit bequemer Seiten-Rückenlehne; in die rundlich geformte Fläche des Gestells wird ein Porzellan direct eingehängt, dessen Rand etwas innen umgebogen ist, so dass der Kranke ausserordentlich bequem auf der Vorrichtung Platz findet. Das Geräth eignet sich ebenfalls sehr gut für den Hospitalgebrauch als für die Verwendung im Privathause und ist den käuflichen Zimmer-Nachtstühlen entschieden vorzuziehen, da es sehr leicht gereinigt werden kann und infolge seiner einfachen Construction auch wohlfeil ist. Ebenfalls von Merke ist ein besonderer für Hospitäler sehr geeigneter Closetständer construirt worden, der in der ersten Linie für die Verwendung bei Epidemien (Dysenterie) bestimmt ist, eine schemelartige Vorrichtung aus Eisenstäben, in welche ein Porzellan eingehängt wird, der nach dem Gebrauch schnell entfernt und durch einen zweiten Einsatztopf ersetzt werden kann. Erwähnt sei an dieser Stelle auch das von L. Fürst construirte sehr zweckmässige Nachtgeschirr für Kinder, welches die häufig beobachtete Verunreinigung des Fussbodens oder des Bettes mit Urin, wie sie bei den gewöhnlichen Nachtgeschirren leicht eintritt, dadurch vermeidet, dass der Handgriff des Geräthes so gestaltet ist und sich nach oben trichterförmig erweitert, dabei zugleich den oberen Rand des Geschirrs überragt, so dass der Harnstrahl

an der oberen Oeffnung des Handgriffs aufgefangen und durch den röhrenförmigen Hohlraum desselben in das Gefäss geleitet wird (vgl. hr. f. Krankenpfl. 1896. S. 215).

Nun gelangen nunmehr zur Betrachtung derjenigen technischen Hilfsmittel für die Stuhlentleerung, welche eigens für die Verwendung bei den bettlägerigen Kranken construirt sind, in erster Linie also bei den kranken und bei sehr schwachen Individuen angezeigt sind, denen

Fig. 109.



ein solches Steckbecken aus Zinn, für den Privatgebrauch.

Fig. 110.



Bettgeschüssel mit hohlem Handgriff aus Porzellan, für den Hospitalgebrauch.

Bewegungen möglichst erspart werden müssen. Die Geräte müssen so eingerichtet sein, dass sie die Vornahme der Darmentleerung in Rückenlage gestatten und doch trotz dieser ungewöhnlichen Verhältnisse dem Kranken hinreichende Bequemlichkeit darbieten. Man unterscheidet im Wesentlichen zwei Arten von Geräten, die hier in Betracht kommen: 1. die sog. Steckbecken (Bettgeschüsseln), 2. die sog. Bettstühle. Die Steckbecken sind schon seit längerer Zeit in Gebrauch

Fig. 111.



Bettgeschüssel aus emailirtem Metall mit henkelförmigem Handgriff.

Fig. 112.



Steckbecken mit gepolstertem, mit Leder überzogenem Sitzrande.

haben ihre ursprüngliche Form ziemlich unverändert bis heute behalten: nur das Herstellungsmaterial ist ein anderes geworden. Während man in früheren Zeiten diese Geräte häufig aus Holz, Thon oder Kupfer anfertigte, bedient man sich gegenwärtig fast ausschliesslich Porzellanschüsseln wegen ihrer bequemen Reinhaltung, die natürlich bei derartigen Apparaten eine erhebliche Bedeutung hat. Neben Porzellanschüsseln sind auch billigere Geräte aus Steingut im Gebrauch, die annähernd als gleichwertig bezeichnet werden können, bis

auf die Gefahr eines leichteren Zerspringens bei Benetzung mit heissen Flüssigkeiten; die noch weniger kostspieligen Zinkschüsseln, welche geringen Mitteln in der Privatpflege nicht ganz entbehrt werden können, sind schwer zu reinigen und müssen jedenfalls sogleich nach der Benutzung stets blank geputzt werden, während bei den Porzellangeräthen ein gründliches Abwaschen mit warmem Seifenwasser genügt, dem bei infectiö-

Fig. 113.

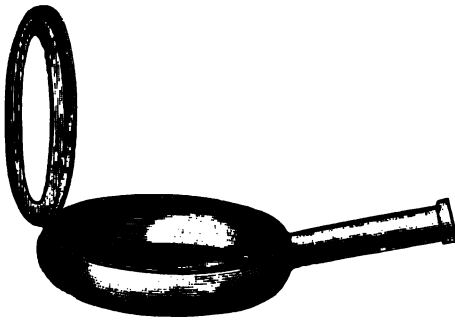


Bettschüssel mit abnehmbarem Sitzrande, zur Erleichterung der Desinfection.

seinhalt Nachspülungen mit antiseptischen Flüssigkeiten folgen. Das geeignetste Material für diese Geräthe wäre ja nach theoretischen Erwägungen durchsichtiges Glas, bei dessen Verwendung man sich sowohl von der absoluten Sauberkeit des Geräthes als auch von der Beschaffenheit des Inhaltes am genauesten unterrichten könnte; ist jedoch bisher nicht gelungen, Schüsseln aus genügend starkem Glase herzustellen. Am zwe-

mässigsten sind die nicht zu flachen, runden Bettschüsseln mit hohlem, angeschmolzenen Porzellanhandgriff, welche von der Seite her unter das Gesäss des Kranken gebracht werden; ihr oberer Rand sei etwas nach innen gebogen, sodass der Kranke möglichst wenig den Druck des Geräthes unangenehm empfindet. Auch diese Vorrichtungen bedürfen sich

Fig. 114.



Bettschüssel mit aufklapbarem Sitzrande und Charniervorrichtung.

der dem Gebrauche vorhergehend die Anwärmung durch Auspülen mit warmem Wasser. Bei manchen Steckbecken findet man auch zwei Henkel an der Schüssel angebracht, doch sind diese älteren Constructionen weniger empfehlenswerth, weil man bei ihnen den Inhalt weniger gut entleeren und das Geräth weniger sicher im Bette dirigiren kann. Nöthigens hat man verschiedentlich versucht, Verbesserungen an den Bettschüsseln zu ersinnen, einerseits, um dem Kranken

immerhin etwas unbequeme Defäciren in Rückenlage zu erleichtern, andererseits, um die Reinhaltung der Geräthe dem Pflegepersonal bequemer zu machen. Um dem ersteren Zwecke zu entsprechen, hat man Schüsseln, die, selbst wenn sie, was ja stets geschehen muss, vorher erwärmt sind, häufig dem Kranken durch die Kälte und Härte des Porzellans unangenehm werden, an ihrer oberen Apertur mit einem flachen



ring belegt, der mit verschiedenartigen Stoffen bezogen wird. Dabei vermeiden, das Randpolster zu hoch zu wählen, da die Unbequem-

für den Kranken bei zu hohem mniveau des Geräthes sich vert. Ferner ist als Polsterbezug pfelenswerthesten Gummistoff, dem Ledertuch, während vor Belage mit Wollenstoff entschiewant werden muss, da sich hier enügende Reinigung (Desinfection) ehr schwer erreichen lässt. Der- Steckbecken sind nur in der tkrankenpflege verwendbar, wo sie einem Kranken zur Benutzung n. Dem zweit genannten Zwecke

ndie Becken, deren obere Hälfte vermittelst einer Charniervorrichtung 114) emporgeklappt werden kann, eine Verbesserung, die in der beachtenswerth ist.

Die sog. Unterstecher, am ngleichfalls aus Porzellan, n eine längliche keilför- Gestalt und sind an ihrer ren Seite mit einem Hand- versehen, während die ie Seite zugespitzt ist. Sie len dem Kranken zwischen

Oberschenkeln hindurch den Damm und das Ge-

eschoben (Unterschieber). Viele Kranke erklären, dass sie diese itte den Steckbecken der bequemerer Lage wegen vorziehen; allerdings

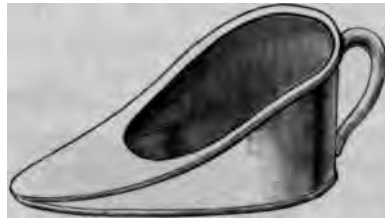
re Reinigung durch den im Innern ehenden spitzwinkligen Hohlraum

hört Fig. 115). Von Vortheil ist Umstand, dass die Unterstecher zeitig eine bequeme Urinentleerung elichen, die beim Gebrauch der en Bettschüsseln, insbesondere bei tern, oft nur dadurch zweckmässig eführt werden kann, dass man zeitig eine Glasente vorlegt. Um en Fehelstand zu vermeiden, hat penheim neuerdings ein Steck-

ten construirt, das an dem dem ideriff gegenüberliegenden Theile seines Randes einen besonderen Urin- tr, sowie eine Ausbuchtung zur Aufnahme des Scrotum trägt (Fig. 116).

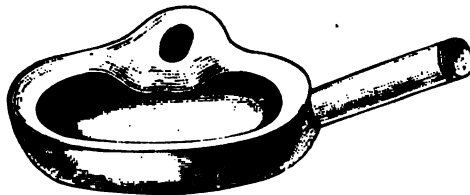
sehr practisches und bequemes Geräth ist das in Fig. 117 abgebildete,

Fig. 115.



Keilförmiger Unterschieber für bettlägerige Kranke aus Porzellan.

Fig. 116.



Steckbecken für Männer nach Oppenheim.

Fig. 117.



Unterschieber mit Vorrichtung zum Auffangen des Urins.

ein Unterstecher, der an seiner breiteren Seite nach oben umgebogen ist, sodass die Höhlung des Handgriffes gleichzeitig als Harnfänger verworthen wird (vgl. ärztl. Polytechn. 1891. pag. 259). Zur weiteren Erhöhung der Bequemlichkeit werden auch Unterstecher dieser Art hergestellt, deren Rand mit einem ringförmigen Luftkissen aus Gummi, (

Fig. 118.



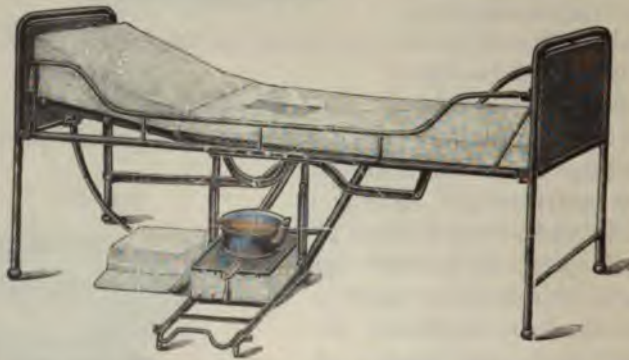
Fig. 119.



Steckbecken verschiedener Form aus Gummi mit aufblasbarem Sitzrande.

beliebig aufgeblasen werden kann, belegt ist. Ebenso können die neu hergestellten, ganz aus Gummi bestehenden Steckbecken als zweck entsprechend bezeichnet werden, deren Rand gleichfalls elastisch aufgeblasen werden kann (Fig. 118 und 119). Trotz aller dieser Verbesserungen jedoch trifft man hin und wieder Kranke, denen es absolut unmöglich ist, auf d

Fig. 120.



Mechanisches Krankenbett für Schwerkranke mit Leibstuhlvorrichtung. Der Excrementsbehälter gleitet auf einem Schlitzen.

erwähnten Geräthen rückwärts liegend ihren Darm zu entleeren. Um diesen Fällen zum Ziele zu kommen, empfiehlt es sich, wo die Mittel es gestatten, eine mechanische Bettstelle mit im Bette selbst angebrachter Stuhlvorrichtung zu verwenden. Diese Krankenbetten sind so eingerichtet, dass sowohl der metallene Bettboden, als die Polstermatratze aus drei Theilen besteht, von denen der am Kopfende befindliche Theil sich na

## Fürsorge auf dem Gebiete des Krankencomforts.

bewegen und in beliebiger Höhe feststellen lässt, während er in wagerechter Lage verbleibt und der dem Fussende der Matratze sich gleichzeitig nach unten senkt, so dass die liegende Kranke ohne jede Muskelanstrengung durch einen Mechanismus aus der horizontalen Rückenlage in eine aufrechte Lage überführt wird (Fig. 120 und 121). In der letzten Reihe verschiedener Systeme für diese mechanischen Betten, die sich aber nur in unwesentlichen Punkten voneinander unterscheiden und deren Grundprincip stets das gleiche ist, magung der Bewegung vom Kopf- auf das Fussende durch eine Hebelvorrichtung, eine Kette oder durch Kurbeldrehung bewerkstelligt werden und die Feststellung in der gewünschten Lage durch Schrauben oder Zahnstangen erfolgt.

Fig. 121.



**Mechanisches Krankenbett für Schwerkranke mit Leibstuhlvorrichtung.** Der Behälter befindet sich unter dem Ausschnitt der Matratze; der Mechanismus in Thätigkeit.

Anzuschliessen würden hier nunmehr noch einige Bemerkungen sein über diejenigen technischen Hilfsmittel des Krankencomforts, welche eigens zu dem Zwecke hergestellt worden sind, um eine rationelle Fürsorge für diejenigen Entleerungen der Kranken zu ermöglichen, welche von den Bronchien und der Lunge entstammen. Die Construction besonderer Vorrichtungen zur Aufnahme des Auswurfs ist allerdings erst in zweiter Linie durch die Rücksicht auf die Bequemlichkeit der Kranken veranlasst worden, in erster Linie vielmehr durch das Bedürfniss der erheblichen Gefahr entgegenzutreten, welche durch die häufige Ansteckungsgefahr des Lungenauswurfes bedingt ist. Die ausserordentliche Vorkehrung, welche hinsichtlich der Abschlüssung des entleerten Sputums gegen die Aussenwelt und seiner Unschädlichmachung, insbesondere in Krankenanstalten, nöthig erscheint, hat dazu geführt, die Speigervorrichtungen nach mannigfacher Richtung hin zu vervollkommen und sie den Erfordernissen sowohl der Hygiene als der Krankenpflege in gleichem

Maasse anzupassen. Die fundamentale Forderung, welche wir bei all Geräthschaften des Krankencomforts stets wiederfinden, ist auch hier der peinlichsten und sorgfältigsten Reinhaltung aller in Frage kommenden Behältnisse zu erblicken. Sämmtliche derartigen Geräthe bedürfen einer häufigen und gründlichen Reinigung, bei welcher stets angiebiges Auswaschen mit warmem Wasser und Kaliseife mit nachfolgender mehrmaliger Ausspülung durch desinficirende Flüssigkeiten (S. Kali permang., 3 pCt. Carbol-Lösung) zu verbinden ist. Die besonderen Verhältnisse des Hospitallebens bedingen auch hier eigenartige Einrichtungen. Zunächst unterscheiden sich die Geräthschaften, welche hierher gehören, danach, ob es sich um bettlägerige oder um umhergehende Kranke handelt. Kranke, welche dauernd das Bett hüten müssen, und deren Körperkräfte in besonderem Maasse Schonung erheischen, dürfen solcher Speigeräthe, welche bequem und leicht ergriffen werden können, ohne dass der Kranke sich aufzusetzen braucht. Es ist daher nöthig, dass die Speischalen in unmittelbarer Nähe des Kopfendes des Krankenbettes Aufstellung finden. Gewöhnlich werden dieselben auf der

Fig. 122.



Fig. 123.



Speigläser für bettlägerige Kranke.

oberen Glasplatte des Nachttische placirt. Die in den meisten Krankenhäusern zur Verwendung gelangenden Speigeräthe für bettlägerige Kranke sind die sogenannten Speigläser; sie besitzen eine ähnliche Form, wie die in Fig. 93 abgebildeten Urin-Behältnisse, aus farblos-durchsichtigem Glas am Boden ausgeschweift und am

Halse der leichteren Erfassbarkeit halber verschmälert. Nur sind sie entsprechend kleiner. Diese Geräthe haben den Vorzug der Billigkeit, sie sind leicht auf ihre Sauberkeit zu controliren und hinsichtlich der Beschaffenheit ihres Inhaltes zu beobachten. Sie sowohl als auch alle sonstigen Speigeräthe müssen, während sie unbenutzt dastehen, stets sorgfältig verschlossen gehalten werden. Zweckmässige Verschlüsse dieser Gläser werden durch kreisrunde Glasplatten, die an ihrer Unterfläche mit etwas Vaseline luftdicht abschliessend gemacht werden, oder runde Metallplatten, die mit einem Knopf versehen sind, dargestellt. Niemals dürfen die Speigläser unbedeckt stehen, da die Verbreitung austrocknender Sputumtheilchen in der Krankenzimmerluft unbedingt vermieden werden muss. Verschlussdeckel von Pappe, Holz oder Papiermaché sind zu verwerfen. Um einen noch sichereren Abschluss des Inhaltes zu ermöglichen, hat Merke vorgeschlagen, Gläser in besondere kleine verschliessbare Metallkästchen einzustellen, welche an die Nachttischplatte angeschraubt werden. Durch dieses Verfahren wird gleichzeitig erreicht, was schon Dieffenbach durch Umpfen des Glases mit einem Bogen Schreibpapier erzielen wollte, nämlich dem Kranken der dauernde Anblick des gefüllten Speiglases entzogen wird, eine Rücksicht, deren Beobachtung aus psychisch

n geboten erscheint. Im Allgemeinen ist es rathsam, die Gläser u gross zu wählen, etwa in der Grösse eines Bierglases, um ihre hkeit zu erhöhen; zweckmässig werden sie auch mit einem versehen. Der untere Theil des wird im Allgemeinen mit Wasser um einer Austrocknung des Aus- entgegenzuwirken; häufig jedoch us diagnostischen Gründen Werth gelegt werden müssen, den Aus- unvermischt zur Beobachtung zu en. Die Benutzung von Taschen- n seitens Kranker zum Entleeren uswurfs ist gänzlich unstatthaft, da beim Entfalten der Tücher leicht rocknete Sputumtheile in der Luft verbreiten. Ebenso wenig ist a billigen, dass schwache Kranke veranlasst werden, sich jedes aufzurichten und in einen zwischen 2 Betten am Boden stehenden apf zu spucken; denn abgesehen von der it verbundenen Anstrengung werden hier- häufig Theile des Auswurfs auf den Fuss- entleert, wo sie leicht eintrocknen und verstäubt werden. Neuerdings werden vielfach für bettlägerige Kranke Spei- r aus blauem Glase in den Handel ge- it, um dem Kranken den Anblick des husterten Sputums zu ersparen; dieselben jedoch nicht sehr zweckmässig, weil sie dem Arzte die Beobachtung der Eigenschaften des Auswurfes er- en; sie eignen sich mehr für die Privatpflege als für den Hospital- auch. Empfehlenswerth sind jedoch als Speigeräthe für Bettkranke e kreisrunde Porzellannäpfe (Fig. 127) von cy- scher Gestalt, mit Henkel versehen, welche einen klappbaren Metalldeckel besitzen, unter dem sich ein mit trichterförmig zulaufender Mittelöffnung thener, herausnehmbarer Porzellanverschluss be- t; diese Geräthe sind handlich, leicht zu reini- und tragen auch den ästhetischen Anforderungen Krankencomforts Rechnung. Jedenfalls sind sie Speigeräthen vorzuziehen, welche überhaupt eine trichterförmige Gestalt besitzen und an ihrem oberen e häufig so schmal sind, dass eine Verunreini- des Randes oder der Aussenfläche sich nur er vermeiden lässt (Fig. 124 und 125). Er- t sei hier auch der Vorschlag v. Schrötter's,

1 billigen, dass schwache Kranke veranlasst werden, sich jedes aufzurichten und in einen zwischen 2 Betten am Boden stehenden apf zu spucken; denn abgesehen von der

it verbundenen Anstrengung werden hier- häufig Theile des Auswurfs auf den Fuss- entleert, wo sie leicht eintrocknen und verstäubt werden. Neuerdings werden vielfach für bettlägerige Kranke Spei-

r aus blauem Glase in den Handel ge- it, um dem Kranken den Anblick des husterten Sputums zu ersparen; dieselben jedoch nicht sehr zweckmässig, weil sie

dem Arzte die Beobachtung der Eigenschaften des Auswurfes er- en; sie eignen sich mehr für die Privatpflege als für den Hospital- auch. Empfehlenswerth sind jedoch als Speigeräthe für Bettkranke

e kreisrunde Porzellannäpfe (Fig. 127) von cy- scher Gestalt, mit Henkel versehen, welche einen klappbaren Metalldeckel besitzen, unter dem sich ein mit trichterförmig zulaufender Mittelöffnung thener, herausnehmbarer Porzellanverschluss be- t; diese Geräthe sind handlich, leicht zu reini- und tragen auch den ästhetischen Anforderungen Krankencomforts Rechnung. Jedenfalls sind sie Speigeräthen vorzuziehen, welche überhaupt eine trichterförmige Gestalt besitzen und an ihrem oberen e häufig so schmal sind, dass eine Verunreini- des Randes oder der Aussenfläche sich nur er vermeiden lässt (Fig. 124 und 125). Er-

t sei hier auch der Vorschlag v. Schrötter's, a Kranken, der Sputum entleert, täglich eine mit Deckel ver- e Speischale aus gepresstem Papier hinzusetzen, die jedes Mal

Fig. 124.



Fig. 125.



Speigläser für bettlägerige Kranke aus blauem Glase mit Speitrichter.

Fig. 126.



Speischale für bettlägerige Kranke aus emaillirtem Metall.

Fig. 127.



Speischale aus Porzellan mit Metalldeckel und Einsatz-Trichter.

verbrannt wird und nur den Werth von einigen Pfennigen representirt (vgl. Zeitschr. f. Krankenpfl. 1897. pag. 275).

Die Speigeräthe für umhergehende Kranke, wie solche in a

Fig. 128.



Speischale nach  
v. Schrötter aus ge-  
presstem Carton.

Krankenhäusern auf den Corridoren, den Trepp  
absätzen und in den Tagesräumen in nicht  
geringer Anzahl vorhanden sein müssen, fin  
am meisten in der Gestalt von am Boden  
henden runden Speinäpfen aus Glas oder I  
zellan Anwendung. Gewöhnlich werden einfac  
flache Glasschalen benutzt, welche nicht einen  
kleinen Durchmesser haben sollen, damit  
Kranken nicht leicht vorbei und auf den Fu  
boden spucken. Ein absichtliches Ausspeien  
den Fussboden sollte überall bei Strafe verbo  
werden, und müssen dementsprechende Best

mungen bzw. Verbote in deutlicher Schrift in den Krankensälen  
auf den Fluren reichlich angebracht sein. Die Speischalen werden

Fig. 129.



Einfacher Spucknapf aus  
Glas für die Corridore der  
Hospitäler.

Hälfte mit Wasser oder noch besser mit d  
infeicirenden Lösungen gefüllt, die häufig  
neuert werden müssen. Um auch diese Sp  
näpfe dauernd bedeckt halten zu können, s  
neuerdings derartige Geräte construiert wor  
welche mit einem gut schliessenden Met  
deckel versehen sind, der sich jedes Mal  
der Benutzung durch Herabdrücken eines  
dals vermittelt Hebelvorrichtung öffnet.

früher vielfach für die Speinäpfe verwend  
Füllungen von Sand, Kaffeesatz, Holzwolle, Si  
spähnen etc. sind zu verwerfen, da sie die Austrocknung und Zerstäub  
des Auswurfes eher befördern als verhindern. Um der Möglichkeit des V

Fig. 130.



Fig. 131.



Verschiedene Formen von Speinäpfen für umher-  
gehende Kranke.

beispuckens entgeg  
zutreten und auch  
Verspritzen von S  
tumtröpfchen mögli  
zu reduciren, hat  
neuerdings mit R  
die Einrichtung getro  
die Speischalen n  
mehr auf dem Fussbo  
zu placiren, sonder  
an einem an der W

befindlichen wagerechten Metallträger ca. 1,25 m hoch über dem l  
boden zu befestigen. Besonders practisch sind diejenigen Speibe  
nisse, bei welchen unmittelbar nach dem Gebrauch eine automati  
Wasserspülung in Thätigkeit tritt, welche das entleerte Sputum als  
in ein mit desinficirender Flüssigkeit gefülltes Reservoir abschwen

so sind auch die Speischalen mit schräg verlaufendem Boden und Vorrichtung empfehlenswerth.

Für solche Kranke, welche ins Freie gehen dürfen, hat man andere kleine Spuckflaschen construirt, welche in der Tasche tragen werden können. Derartige Taschenbehältnisse sind zuerst

Dettweiler angegeben worden.

bestehen aus blauem Glase, haben die Form jener kleinen Reisechen für Cognac oder Kaffee, welche man auf Fusstouren mitzunehmen pflegt, und tragen die eingepresste Aufschrift „Taschenspuckflaschchen für Hustende“. Sie sind mit einem luft- und wasserdicht drosselndem Deckel versehen, der beim Gebrauch durch eine Feder aufspringt. Im Innern befindet sich ein sich kegelförmig verengender Glasansatz, welcher verhindert, dass der Kranke beim Hineinstecken stets die ganze Menge des angesammelten Auswurfs erblickt. Der Boden des Fläschchens ist abschraubbar, die Reinigung und Durchspülung des

inneren Geräthes zu erleichtern. Leider ist der Preis dieser bewährten Flaschen ziemlich hoch, so dass sie in Krankenanstalten, welche für vermögendere Kranke bestimmt sind, nicht zu ausgiebiger Verwendung gelangen können. In diesen Fällen dürften die einfachen und wohlfeilen blauen Glasfläschchen vorzuziehen sein, welche zuerst in der

Kaiserkaserne St. Andreasberg benutzt werden. Dieselben sind neuerdings von St. Andreasberg in sehr zweckmässiger Weise verbessert worden (vgl. Deutsche Krankenpflege. 1898. pag. 38). Aehnliche Flaschen aus Aluminium sind vor kurzer Zeit von Knopf in Amerika angeboten worden (Aerztl. Polytechn. 1898. pag. 93). Auch aus Papiermaché werden Taschenbehältnisse für den Taschengebrauch hergestellt, welche die Form eines Cigarettenetuis haben. Als Deckel dient ein pergamentähnlicher Ueberzug; im Innern des Geräthes, das täglich sammt seinem

Inhalt verbrannt werden soll, befindet sich wie bei den Glasfläschchen ein sich trichterförmig verengende Oeffnung, welche zugleich einem Ausströmen des Inhaltes entgegenwirkt (Zeitschr. f. Krankenpf. 1894. pag. 140). Es ist ausser jedem Zweifel, dass der Gebrauch der ersten kleinen Geräte nicht nur in hygienischer Beziehung erhebliche

Fig. 132.

Taschenspuck-  
flasche nach  
Dettweiler.

Fig. 133.

Einfaches  
Taschenspuck-  
fläschchen (St.  
Andreasberg).

Fig. 134.

Taschenfläschchen  
nach Liebe.

Fig. 135.

Taschenspuck-  
etui aus ge-  
presstem Carton.

Vorteile darbietet, sondern auch in hohem Maasse zur Bequemlichkeit der Kranken beiträgt, wodurch sie zu werthvollen Hilfsmitteln des Krankencomforts werden.

#### η) Erwärmung und Abkühlung der Kranken.

Wir haben bereits weiter oben darauf hingewiesen, von wie grosser Wichtigkeit es für die Erreichung der Ziele einer geordneten Krankenpflege ist, dass eingehende Aufmerksamkeit und Sorgfalt auf die Regelung des Einflusses von Wärme und Kälte auf den Körper des Kranken verwandt wird. Wir haben auch bereits diejenigen Einrichtungen, technischen Hilfsmittel des Krankencomforts genauer betrachtet, welche dazu dienen, die Lufttemperatur der Krankenzimmer in einer dem Kranken dienlichen Weise zu modificiren (Heiz- und Lüftungsvorrichtung). Es erübrigt nunmehr noch diejenigen materiellen Hilfsmittel des Krankencomforts genauer zu betrachten, welche unmittelbar zu dem Zwecke erfunden worden sind, um eine ziemlich schnelle und intensive Erwärmung oder Abkühlung grösserer oder geringerer Abschnitte des Körpers hervorzurufen.

Fig. 136.



Transportable Badewanne für Schwerkranke.

Zweck, der am Krankenbette mit der intensiven Zufuhr von Wärme oder Kälte zu bestimmten Körpertheilen des Kranken verfolgt wird, ist immer ein doppelter; der Erwärmung hat

es sich einmal darum, die darniederliegende Blutcirculation in den betreffenden Körperpartien zu beleben und anzuregen, sodann aber auch darum, das subjective Wohlbefinden des Kranken günstig zu beeinflussen, indem man die Unbehaglichkeit und Unannehmlichkeit der normalen Kälteempfindung ausschaltet. Ganz ähnlich liegen die Verhältnisse bei der Anwendung der Kälte: Es besteht hier nicht nur die Absicht, locale Entzündungsvorgänge, abnorme Erhöhungen der Temperatur, gesteigerten Blutaflux nach bestimmten Körpertheilen etc. durch die intensivere Kälteeinwirkung zu mässigen bzw. zu hemmen, sondern es soll gleichzeitig, häufig auch in erster Linie, der unangenehme Schmerz- und Hitzeempfindung entgegengewirkt und dadurch das subjective Befinden des Kranken günstig beeinflusst werden. Um die erwärmenden Medien, welche ihre Eigenwärme an den Körper des Kranken abgeben sollen, in geeigneter Weise auf die Körperoberfläche einwirken zu lassen, stehen zwei Wege zu Gebote. Entweder werden die zu erwärmenden Körpertheile in das betreffende Medium direct gebracht (warme Wasser-, Luft-, Dampf-, Sandbäder), oder es wird eine gewisse Menge des Wärme zuführenden Mediums in geeignete



isse eingeschlossen und diese Beháltnisse dann auf den zu erwärmen Körpertheil applicirt (Wärme-Apparate).

Was die erstere Form der Wärmezufuhr anlangt, so sind die für den Zweck in Frage kommenden technischen Hilfsmittel allmählig erheblich vervollkommenet und dem Bedürfnisse einer möglichst grossen Ueulichkeit für den Kranken angepasst worden. Von der sorgfältigen, oft geradezu luxuriösen Ausstattung der besonderen Baderäume, an sich die moder-

Hospitäler zu versehen haben, ist bereits die Rede gewesen, und es soll nur noch hervorzuheben werden, dass in den letzten Jahren

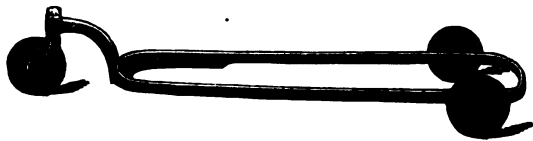
sich von vielen Seiten mit Erfolg bemüht

, auch die Badegeräthschaften, welche speciell für den Gebrauch bei schwer bettlägerigen und sehr schwachen Kranken bestimmt sind, in der so verfeinerten Weise zu construiren, dass dem Kranken alle denkbaren Erleichterungen bei ihrer Benutzung dargeboten werden können. Es mag genügen, an dieser Stelle darauf hinzuweisen, dass man jetzt für Schwerkranke vorzügliche zu Vollbädern dienende Badewannen aus Zink, Kupfer und Fayence (letztere besonders in England und Amerika

verbreitet) construirt, welche unhörbar auf Gummi belegten Böden unmittelbar an das Krankenbett selbst angebracht werden können, nachdem das Wasser in ihnen durch die Heizung der Krankenbetten in zweckmässiger Weise vorbereitet worden ist. Ebenso sind Badewannen con-

struirt worden, welche bedient werden können, ohne sie mit besonderen Heizkörpern in Verbindung zu bringen; bei diesen Geräthen, die mit doppeltem Boden versehen sind, befindet sich die Heizvorrichtung verheimlicht unter dem Wannenboden. Auch die Form der Badewanne ist durch die Rücksicht auf eine möglichst grosse Bequemlichkeit für den Kranken modificirt worden, derart, dass derjenige Theil der Wannenfläche, auf welchem der Rücken des schwachen und vom Pfleger mit grosser Vorsicht in die Wanne hineingehobenen Kranken

Fig. 137.



Fahrvorrichtung für Badewannen.

Fig. 138.



Kinderbadewanne mit seitlich drehbarem Badetisch.

Fig. 139.

Kinderbadewanne nach Lennhoff  
mit Stützunterlage.

leinene Unterlage zur Unterstützung des Körpers in die Wanne gehängt und an rings am Wannenrande angebrachten Knöpfen be-

ruhen soll, möglichst genau der lichen Körperform adaptirt ist mit dem Wannenboden einen stumpfen Winkel bildet, der so gewählt ist, die Muskelanstrengung während Badens auf ein Minimum reduziert wird. Ferner hat man auch besondere Kopf- und Nackenstützen herge stellt, welche beim Baden zur Bequemlichkeit der Kranken eingehängt werden. Specially for children has Lennhoff a bathtub constructed, in which

Fig. 140.



Kopfstütze für badende Kranke.

Fig. 141.



Kopf-Badewanne.

wird; für denselben Zweck sind auch besondere Badematratzen aus Leder oder Schwammgewebe, sowie geflochtene Badenetze angegeben worden.

Soll die Erwärmung sich nicht auf den ganzen Körper erstrecken, sondern nur auf bestimmte Körperteile, so gelangen kleinere mit warmem Wasser gefüllte Badebehälter zur Anwendung, deren Gestalt sich nach der Form des betreffenden Körperteiles richtet;

Fig. 142.



Fig. 143.



Badewannen für Sitzbäder.

so hat man besondere Sitzbadewannen, Fuß- und Armbadewannen selbst kleine Badewannen für Ohr und Auge sind konstruiert worden. Nächste dem warmen Wasser wird auch die erwärmte Luft als W

zuführendes Medium häufig am Krankenbette verwendet. Dies geschieht gewöhnlich in der Weise, dass der den kranken Körper unmittelbar umgebende Luftraum, welcher nach unten durch das leinene Betttuch, nach oben durch die Bettdecke abgeschlossen wird, durch geeignete am Krankenbette anzubringende technische Vorrichtungen bis zu dem im Einzelfalle zweckmässig erscheinenden Grade erwärmt wird, so dass der

Fig. 144.



Fig. 145.



Armbadewannen verschiedener Form.

Körper des Kranken, während er in ruhiger Bettrückenlage verharrt, gleichsam in ein warmes Luftbad eingebracht wird. Die Construction dieser Wärme zuführenden Geräthe ist meist eine derartige, dass sich neben dem Boden eine Spirituslampe befindet, oberhalb welcher ein rechtwinklig gebogenes, schornsteinartiges, eisernes Rohr, das an der winkligen Knickung mit einer von aussen regulirbaren Stellklappe versehen ist und sich nach unten trichterförmig erweitert, angebracht ist.

Dieses Rohr mündet an der Bettseite luftdicht in einen rechtwinkligen schmalen Holzkasten, der am Fussende quer an das Krankenbett eingelegt wird und an seiner vorderen Fläche einen rechteckigen Ausschnitt trägt, durch welchen die von der Spirituslampe erwärmte, in dem eisernen Rohr aufsteigende und in den Holzkasten gelangende Luft unter die

Fig. 146.



Arm-Badewanne nach Merke.

Fig. 147.

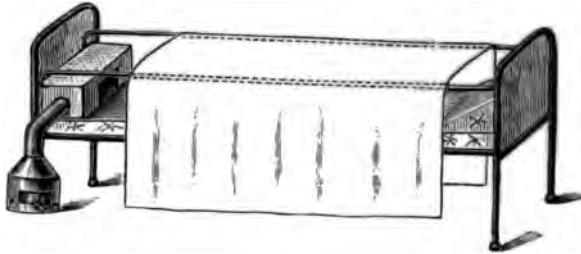


Fuss-Badewanne.

Bettdecke strömt. Die letztere wird während der Anwendung des Apparates durch zwei in den Holzkasten eingehängte vom Fussende zum Kopfe verlaufende Stäbe hochgehalten, um den unter ihr befindlichen Luftraum zu vergrössern (vgl. Zeitschr. f. Krankenpfl. 1895. pag. 263). Wärmeapparate dieser oder ähnlicher Construction sind von verschiedenen Seiten angegeben worden, beruhen aber ungefähr auf dem

gleichen Princip. Erwähnt sei von derartigen Vorrichtungen hier besonders das Quincke'sche Schwitzbett und der Phénix à l'air chaud der Firma Fulpius in Genf. Lässt man die Erwärmung der Luft, welche durch die Spirituslampe hervorgerufen wird, längere Zeit hindurch andauern, so sind diese Apparate nicht nur zur beschleunigten Erwärmung des Kranken und des Krankenbettes zu verwenden, sondern

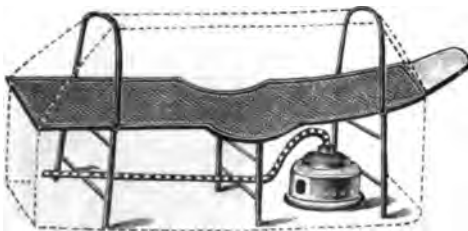
Fig. 148.



Heissluftbett zur Erwärmung des Kranken (Phénix à l'air chaud).

auch zu intensiver Schweisserzeugung, zu welchem Zwecke sie auf dem Gebiete der physikalisch-diätetischen Therapie häufig in Benutzung gelangen. Gedacht sei hier auch noch des vor Kurzem von Dahms construirten sehr practischen transportablen Dampfbettes, bei welchem statt der warmen Luft Wasserdampf als Wärmequelle benutzt wird (v. Deutsche Krankenpfl.-Zeitung. 1898. pag. 192). Auf die verschiedenartig

Fig. 149.



Dampf-Bett zur Erwärmung und Schweisserzeugung nach Dahms

in letzter Zeit construirten kastenförmigen Schwitzapparate näher einzugehen, würden den Rahmen dieses Werkes überschreiten.

Was die Wärmeapparate anlangt, welche vorwiegend oder ausschliesslich eine locale Erwärmung hervorbringen sollen, so hätten wir zunächst die Wärmecompressen und Wärmumschläge zu erwähnen, deren man sich zur Erwärmung fast aller Gegenden

Körperoberfläche häufig bedient. Sie bestehen zumeist aus mehrfach zusammengelegten Leinentüchern, die mit warmem Wasser durchtränkt und dann ausgewrungen sind. Um die feuchte Wärme, welche sie enthalten, längere Zeit hindurch zu erhalten und die durch Verdunstung bedingte Abkühlung zu verzögern bezw. aufzuheben, bedeckt man die Wärmecompressen gewöhnlich mit undurchlässigem Gummistoff (nach dem Typus

Fürsorge auf dem Gebiete des Krankencomforts.

enannten Priessnitz'schen Umschläge, welche mit k  
gestellt werden, das sich auf der Haut allmählig anwärm

Wickelt man derartige feuchte Wärmcompressen v  
mmirten Stoff ein, so kann man das entstehende Päck  
eckene Wärmcompressen verwenden; im Uebrigen stellt  
ärmcompressen in der Weise her, dass man kleine Beute

Fig. 150.



Vorrichtung zum Anwärmen der  
Umschläge.

Fig. 151.



Fusswärmekasten für das  
Krankenbett.

mit erwärmtem Brei oder Mehl oder Sand füllt und sie dann auf die  
betreffende Körperstelle auflegt. Seit langen Zeiten sind ferner heiss-  
gemachte Teller, Ziegelsteine etc., welche in leinene oder wollene Tücher  
eingeschlagen werden, zur Erwärmung einzelner Körpertheile, besonders  
des Unterleibes in Gebrauch. Zur Erwärmung der Füße dienen seit  
Jahren mit heissem Wasser gefüllte und sorgfältig verschlossene irdene

Fig. 152.



Heisswasserbehälter zur Erwärmung  
des Leibes.

Fig. 153.



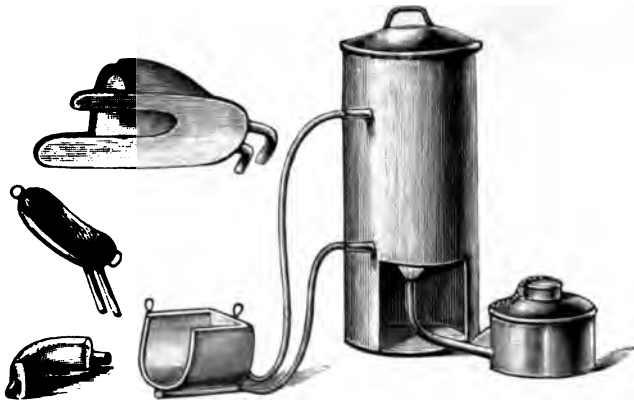
Bettwärmflasche aus Metall.

Flaschen. In neuerer Zeit verwendet man, insbesondere in den Kranken-  
anstalten Wärmapparate aus Blech, welche gewöhnlich in der Weise construirt  
sind, dass ihre doppelte metallene Wandung einen Hohlraum einschliesst,  
der mit heissem Wasser gefüllt wird. Diese metallenen Wärmegeräthe  
sind in den letzten Jahren wesentlich vervollkommenet worden; sie  
werden in sehr verschiedener Form hergestellt, welche sich nach der  
Gestalt des zu erwärmenden Körpertheiles richtet. So sind besondere



Wärmekasten für die Füße des Kranken angegeben worden. Diese bestehen aus doppelwandigem Kupferblech, haben die Form eines viereckigen Kastens, dessen eine Seitenwand nach der dem Kopfende des Bettes zugekehrten Richtung fehlt, und werden unterhalb der Bettdecke am Fussende quer in das Bett eingestellt (Fig. 151). Sie sind an ihrer oberen Circumferenz mit einer verschliessbaren Eingussöffnung für warmes Wasser, an ihrer unteren mit einem Ausflusshahn versehen. Diese Fusswärmekästen können als durchaus zweckmässig bezeichnet werden. Durch von Zeit zu Zeit vorgenommenes Nachfüllen warmen Wassers gelingt es die mit einem wollenen Tuche umhüllten in das Innere des Kastens hineingesteckten Füße des im Bette liegenden Kranken eine lange Zeit hindurch in gleichmässiger Erwärmung zu halten. Aehnliche Warmwasser-Behältnisse sind auch zur Erwärmung

Fig. 154.



Thermophor-Apparat nach Quincke mit verschieden gestalteten Ansätzen.

des Unterleibes angegeben worden. Diese Leibwärmapparate sind ovale, flache, über die Fläche gebogene Blechkästen, welche mit einer verschliessbaren Einfüllöffnung versehen sind, und in ein leinenes Tuch gewickelt mit Bändern auf dem Unterleibe des Kranken befestigt werden (Fig. 152). Weit verbreitet sind heutzutage auch grössere runde Metallwärmer, gleichfalls zur Heisswasser-Füllung bestimmt und mit einem ringförmigen Handgriff versehen: es sind dies die sogenannten Beckenwärmer, welche, in ein leinenes Handtuch eingewickelt, gewöhnlich am Fussende des Bettes unter der Decke eingelegt werden und bei deren Anwendung weniger die unmittelbare Erwärmung eines bestimmten Körpertheils, als vielmehr die Erwärmung des Bettinnern beabsichtigt wird (Fig. 153). In neuerer Zeit hat Quincke eine Reihe von sehr practischen Wärmearrängen für die verschiedensten Körpertheile construirt, die sog. Thermophore, welche alle auf dem gleichen Princip beruhen. Dieses Princip ist etwa folgendes: Das zur Verwendung gelangende warme Wasser

in einem besonderen Erhitzungscylinder aus Metall, der mit einem Griff und einer verschliessbaren Eingussöffnung an seinem oberen versehen ist und unter welchem eine Spirituslampe angebracht angewärmt und strömt dann seitlich aus Mantel des Cylinders in einem willkürlich ist eines Hahns regulirbaren Strome durch Gummischlauch zu dem betreffenden Anrücken, dessen Form sich nach der Gestalt gerade zu erwärmenden Körpertheils richtet. Dem Apparat gehören eine Anzahl von Anrücken, welche sich den verschiedensten Theilen (Ellenbogen, Knie, Ohr, Ferse etc.) anlegen lassen (Fig. 154). Nachdem das Wasser den Raum des betreffenden doppelwandigen Ansatzstückes durchströmt hat, wird es durch einen zweiten Gummischlauch wiederum dem unteren Theile des Erhitzungscylinders zu und wird in demselben aufs Neue angewärmt. Es befindet sich das Wasser innerhalb des Apparates in Circulation und kann in dem metallenen Ansatzstück stundenlang auf gleichmässiger, regulirbarer Temperaturhöhe erhalten werden. Um die Circulation des warmen Wassers in wünschenswerther Weise zu erhalten, ist es nothwendig, dass der Erhitzungs-

Apparat bei der Anwendung sich stets auf einem niedrigeren Niveau befindet, als das betreffende Ansatzstück, das zweckmässiger Weise in ein Tuch eingeschlagen wird. Auch zur länger dauernden Warmerhaltung von Umschlägen und Compressen kann der Apparat vortheilhaft benutzt werden, wenn man alsdann das Ansatzstück oberhalb der Compressen auflegt oder in dieselbe einlegt (vgl. Zeitschr. f. Krankenpf. 1897. pag. 7). Der Apparat gewährt so eine grosse Bequemlichkeit sowohl für den Kranken als auch für das Pflegepersonal, dass das häufige Wechseln und Neuanknüpfen der gewöhnlichen Compressen bezw. das häufige Neufüllen der gewöhnlichen Wärmflaschen in Fortfall kommt. Dieselben suchen mehrere gleichfalls in letzter Zeit construirte Wärmergeräte auf anderem Wege zu erhalten. Von diesen erscheint als das zweckmässigste die sog. Thermophor-Compressen, welche aus einem dicken bald grösseren bald kleineren Gummi-stück aus schmiegsamem Weichgummi besteht, auf dessen Oberfläche in der Mitte einen kleinen knopfförmigen Metallgriff trägt und dessen Innenraum mit einer gewissen Menge krystallinischen essigsauren Natrons und Glycerins angefüllt ist. Diese Thermo-

Fig. 155.



Wärmvorrichtung für den Hals, mit essigsaurem Natrium gefüllt.

Fig. 156.



Thermophor-Compressen aus Gummi.

Fig. 157.



Wärmflasche aus Metall, mit essigsaurem Natrium gefüllt.

phor-Compressen brauchen nur für kurze Zeit in heisses Wasser zu werden, um dann, einmal erhitzt, ihre Wärme stundenlang wahren. Sie gelangen mit einem Flanellüberzug bedeckt zur Anwendung und beruhen auf dem schon auf pag. 101 eingehend geschilderten Princip.

Fig. 158.



Bettwärmflasche aus Gummi mit Stoffüberzug für Heisswasser-oder Wärmesalzfüllung.

Fig. 159.



Japanische Wärmedose zur Füllung mit Glühstoff. Inneres Metallkästchen mit Filzmantel.

Statt der gewöhnlichen Wärmflaschen verwendet man an manchen Orten, besond. der Privatpflege, in letzter Zeit viereckige oder ovale mit Selbstverschluss versehene Gummiflaschen, welche den weiter oben beschriebenen Luftkissen, wie sie für die Leiden der Kranken verwendet, ähnlich sind und mit heissem Wasser gefüllt werden (Fig. 158) oder gleichfalls mit Majewski'schen metallenen Wärmeflaschen für das Krankenbett verwendet werden, welche statt mit Wasser mit frisch gelöschtem Kalk beschickt werden, Bajonettverschluss besitzen und nur alle paar Jahre neu gefüllt zu werden brauchen (Fig. 160). Hierdurch gewinnen

diese Geräte einen entschiedenen Vorzug vor den gewöhnlichen Wärmflaschen mit Heisswasserfüllung (vgl. Aertzl. Polytechn. 1898. pag. 7). Andere Vorrichtungen, welche gleichfalls zu dem Zwecke construirt worden sind, um die häufige zeitraubende Neufüllung der Wasserwärmer zu vermeiden, sind die sog. Japanischen Wärmedosen, kleine mit einem taschenförmigen

Fig. 160.



Wärmflasche nach Majewski für Füllung mit gelöschtem Kalk.

Fig. 161.



Fusswärmkasten für Krankenzimmer.

Filzüberzug versehene Blechkästchen, welche mit präparirten Kohlenstücken (Glühstoff) gefüllt werden. Obgleich diese Geräte, welche auch als Presseneinlagen benutzt werden können, die Wärme bedeutend länger als die mit Wasser gefüllten Wärmer, sind sie doch nicht sehr empfehlenswerth, weil die glühenden Kohlenstückchen immerhin brenzliche Gase



sch mit der zurückbleibenden Asche leicht eine Verunreinigung der Stücke herbeigeführt werden kann. Diese Geräte erinnern noch sehr an die in früherer Zeit allgemein verbreiteten, jetzt aber fast gänzlich aus dem Arsenal des Krankencomforts verschwundenen metallenen Wärmefannen und Wärmekästchen, welche mit glühenden Kohlen gefüllt wurden und sich durch das Ausströmen von Kohlenoxyd die Krankenzimmerluft in gesundheitsschädlicher Weise bemerkbar machten. Hingegen steht dem Gebrauch von Kohlenstoff-Patronen beschickten Wärmekästen, zum Warmhalten der Füße in Krankenzimmern und anderen Krankentransportgelegenheiten benutzt werden, kein Bedenken entgegen, Anwendung hier ausserhalb der Krankenabteilung, zumeist im Freien, geschieht.

Ähnlicher Weise, wie die für die Ernährung Kranker bestimmten technischen Geräte aus den vorhergehenden Bemerkungen hervorgeht, allmählig eine immer weiter gehende Vervollkommenung erfahren sind auch zum Zwecke der Abkühlung des kranken Körpers mannigfache technische Hilfsmittel konstruiert worden, deren Herstellung und Verwendung in der Krankenpflege eine möglichst weitgehende Bequemlichkeit für das kranke Individuum und eine möglichst durchgreifende Linderung seiner Beschwerden bei möglichster Mässigkeit hinsichtlich der therapeutischen Beeinflussung maassgebend war. Zunächst kommen hier in analoger Weise, wie wir dies bei der Erwärmung der Kranken geschildert haben, auch zum Zwecke der Abkühlung kalte Waschanlagen und kalte Bäder in Betracht, deren Technik, deren materieller Aufwand vielfach diejenige der warmen Bäder ist, wie sie für kalte Wasserprozeduren in Benutzung kommen werden, sodass ein weiteres Eingehen auf diese hierhin gehörigen Vorrichtungen an dieser Stelle nicht mehr nöthig erscheint. Auch eine Reihe technischer Massnahmen und Vorrichtungen, welche darauf abzielen, die Abkühlung des kranken Körpers durch Erniedrigung der Temperatur in den betreffenden Krankenräumen zu bewirken, sind weiter oben beschrieben worden. Es erübrigt jedoch hier noch einige Bemerkungen über diejenigen Hilfsmittel des Krankencomforts anzuführen, welche dazu dienen, eine intensivere und schnellere Abkühlung

Fig. 162.



Kühlvorrichtung für den Kopf des Kranken nach Leiter.

Fig. 163.



Fig. 164.



Fig. 165.



Kühlvorrichtungen für Ohr, Auge und Stirn des Kranken nach Leiter.

Geräte an dieser Stelle nicht mehr nöthig erscheint. Auch eine Reihe technischer Massnahmen und Vorrichtungen, welche darauf abzielen, die Abkühlung des kranken Körpers durch Erniedrigung der Temperatur in den betreffenden Krankenräumen zu bewirken, sind weiter oben beschrieben worden. Es erübrigt jedoch hier noch einige Bemerkungen über diejenigen Hilfsmittel des Krankencomforts anzuführen, welche dazu dienen, eine intensivere und schnellere Abkühlung

bestimmter Körpertheile des Kranken herbeizuführen. Dieselbe Rolle, welche für die Erwärmung des Kranken die Application von in geeigneten Behältnissen eingeschlossenen Mengen heissen Wassers spielt, fällt Bezug auf die Abkühlung kranker Körpertheile dem Eise zu. Zweifel lässt sich auch durch die Application geeigneter Metallgeräthe, wel-

Fig. 166.



Fig. 167.



Fig. 168.



Kühlvorrichtungen für Herzgegend, Unterleib und Extremitäten des Kranken nach Leiter.

mit kaltem Wasser angefüllt sind, auf die Körper-Oberfläche des Kranken eine erhebliche Abkühlung des betreffenden Körpertheils erreichen; Weitem wirkungsvoller jedoch erweist sich für diesen Zweck die Application von Eis. Was zunächst die zur Füllung mit kaltem Wasser bestimmten Kühlgeräthe anlangt, so sind hier an erster Stelle die s-

Fig. 169.



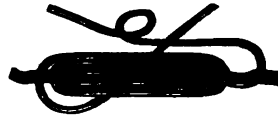
Kühlkappe aus concentrisch gewundenem Gummischlauch für den Kopf.

Leiter'schen Kühlröhren zu erwähnen. Diese Apparate haben eine sehr verschiedenartige Form, welche sich wiederum nach der anatomischen Beschaffenheit desjenigen Körpertheils richtet, zu dessen Abkühlung sie speciell bestimmt sind. Sie bestehen aus grösseren oder kleineren theilweise oder auch kappenförmigen Anordnung schlauchförmiger Metallröhren, welche sich aus parallel gelagerten Windungen zusammensetzen und beruhen auf folgendem Princip. Aus einem grösseren, auf erhöhtem Niveau befindlichen und mit kaltem Wasser gefüllten Standgefäss bzw. aus dem nach Belieben zu regulirenden Abflusshahn die Wasserleitung strömt das kalte Wasser continuirlich durch einen Gummischlauch zu der Einflussmündung der Kühlplatte oder Kühlkappe, welche mit Leinwand umhüllt auf das abzukühlende Glied applicirt ist; das kalte Wasser durchströmt nunmehr sämtliche concentrischen Windungen des Metallrohres und gelangt durch die Ausflussmündung desselben wiederum in einen sich hier ansetzenden Gummischlauch, der das Wasser nun in ein auf dem Fussboden neben dem Krankenbette stehendes Gefäss ableitet. Durch die Anwendung

r Apparate lässt sich eine beliebig lange fortzusetzende, wirksame Abkühlung erreichen. Diese Geräte des Krankencomforts bilden einen wesentlichen Fortschritt gegenüber den in früherer Zeit ausschliesslich für den gedachten Zweck verwendeten kalten Compressen, welche nach kurzer Zeit auf der Haut des Kranken erwärmen und daher häufigen, zeitraubenden und mit mannigfachen Unbequemlichkeiten verbundenen Erneuerung bedürfen. Es sind besondere Leiter-Kühlapparate für den Kopf (Kühlkappe), das Ohr und Auge, den Arm, Leib, Rücken, Hals etc. construirt worden. In neuester Zeit benutzt man häufig statt der beschriebenen Zinnröhrenapparate ähnliche und auf demselben Princip beruhende Kühlgeräte, welche ausschliesslich aus concentrisch angeordneten Gummiläuchchen bestehen, deren einzelne Windungen mit einander verlöthet sind, sodass die zweckmässige Form des Apparates erhalten bleibt. Diese Gummiläuchchen gewähren vor den Leiter'schen Apparaten den wesentlichen Vortheil, dass sie erheblich leichter sind und daher den Kranken viel weniger belästigen; jedoch ist die von ihnen ausgehende Kältewirkung geringere als die der aus Metallröhren zusammengesetzten Geräte. Um auch diesen letzten Uebelstand zu beseitigen, hat Gaertner vor kurzem Kühlgeräte aus biegsamem Aluminium-Spiralschlauch angefertigt, welche den Vorzug der Leichtigkeit und Annehmlichkeit mit der gleichzeitigen Kältewirkung verbinden können (vgl. Zeitschr. f. d. u. physikal. Therapie. 1898. S. 358).

Für die Verwendung des Eises zum Zwecke localer Abkühlung kommen zuerst die sog. Eisflaschen aus Metall in Betracht, welche insbesondere für die Anwendung in der Herzgegend benutzt werden. Es sind dies oval oder herzförmig gestaltete, platte, flaschenartige Behälter aus Zink, welche mit zerkleinerten Eisstückchen gefüllt und mit einem Korkstopfen verschlossen auf die Herzgegend applicirt werden. Man unterscheidet sog. männliche und weibliche Herzflaschen, deren obere Form sich entsprechend der verschiedenartigen Form des männlichen und weiblichen Thorax etwas unterscheidet (Fig. 171 u. 172). Diese Geräte werden gewöhnlich mit mehreren Bändern auf der Herzgegend befestigt, um bei Bewegungen des Kranken eine gleichmässige Kältewirkung zu gewährleisten. Ungleich grösserer Verbreitung erfreuen sich indessen meist aus Gummi oder gummirtem Stoff hergestellten Kühl-Behälter.

Fig. 170.



Gummikühler für Rücken und Extremitäten.

Fig. 171.



Fig. 172.



Männliche und weibliche Herzkühlflasche aus Zink.

nisse, die sog. Eisbeutel, welche an den verschiedensten Stellen Körperoberfläche zur Verwendung gelangen. Diese Geräthe, meist der Einfüllöffnung mit einem Metallschraubenverschluss versehen, werden je nach der betreffenden Körpergegend, auf welche sie applicirt werden gestaltet. Gewöhnlich bestehen die Eisbeutel aus einem runden Gumsack, welcher in der Mitte seiner oberen Fläche verschlossen werden kann. Der Durchmesser der beiden Gummiplatten, durch deren periphere Verlöthung der Beutel gebildet wird, kann grösser oder kleiner:

Fig. 173.



Fig. 174.



Gummi-Eisbeutel verschiedener Form  
mit Metallverschraubung.

Für empfindlichere Organe, welche eine irgendwie erheblichere Belastung nicht vertragen können wie Auge oder Ohr, sind besondere kleine Eisbeutel in Anwendung, welche durch mehrere Bänder in ihrer Lage festgehalten werden. Für die Halsgegend sind besondere längliche (wurmförmige) Gummibeutel ange-

worden; desgleichen hat Chapman ein plattes Kühlkissen aus Gummifür Eisfüllung zur Application auf die Rückengegend angegeben. Ferner sind noch hier kleine platte Kühlkissen für den After sowie die R. Ledermann (Zeitschr. f. Krankenpfl. 1894. pag. 304) angegebene Kühlvorrichtung für die Dammgegend zu nennen. Bezüglich der Anwendung dieser Gummikühlgeräthe ist zu bemerken, dass dieselben nicht direct auf die Hautoberfläche des Kranken applicirt werden dürfen

Fig. 175.

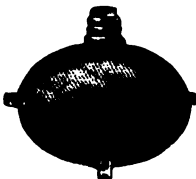


Fig. 176.



Männlicher und weiblicher Gummi-  
Eisbeutel für die Herzgegend.

sondern stets zuvor in ein leinene Tuch einzuhüllen sind, einerseits weil der Gummi auf die Haut reizend einwirkt, andererseits, weil durch die leinene Umhüllung eine intensive Kältewirkung, welche die Gefahr circumscripiter Hautgangrän in sich schliesst, vermieden wird. Sodann ist bei der Verwendung dieser Geräthe darauf zu achten, dass dieselben nicht zu stark mit zerkleinerten Eisstückchen gefüllt werden;

nicht dem Kranken durch zu starke Belastung Unbequemlichkeiten schaffen; in gleichem Maasse ist darauf zu achten, dass vor dem Schliessen der Beutel die in ihnen enthaltene Luft durch Zusammen-drücken des Geräthes entleert wird, weil dasselbe sich sonst leicht der Haut verschiebt. Sodann ist es von Wichtigkeit, dass die Gummibeutel an ihrer Aussenfläche vor der Anwendung gut abgetrocknet werden, um eine für den Kranken sehr unangenehme Durchnässung der Wäsche und Bettstücke zu vermeiden, sowie, dass sie nur mit gut zerkleinertem Eise (die Zerkleinerung des Eises geschieht am zweckmässigsten mittelst

Stricknadel oder eines besonderen kleinen Geräthes, des sog. Eis-s) gefüllt werden, welches sich möglichst gleichmässig in dem nisse vertheilen kann. Besondere Sorgfalt erfordert die von Zeit it regelmässig vorzunehmende Prüfung des Inhaltes der Eisbeutel,

Fig. 177 u. 178.

Gummi-Eisbeutel für den Hals  
des Kranken.

Fig. 179.

Gummi-Eis-  
beutel für  
das Auge.

Fig. 180.

Gummi-Kühlapparat für  
die Dammgegend nach  
Ledermann.

ofort zu erneuern ist, sobald alles zur Füllung verwendete Eis ge-  
lzen ist. Um kleinere Eismengen in gebrauchsfertigem Zustande  
Zeit hindurch innerhalb der Krankensäle vorrätig erhalten zu  
n, sind neuerdings sehr empfehlenswerthe und bequem zu hand-  
de transportable Eisbehälter construiert

n, welche auf Rollen von Krankenbett zu  
ebett geschoben werden können und  
ylindrischer Hohlraum aus einer doppel-  
etallwandung, mit Korkmehl gefüllt, ge-  
wird (Fig. 183). Die besten, weil halt-  
n Eisbeutel sind zweifellos die aus schwar-  
tentgummi hergestellten; daher verwendet  
iese fast ausschliesslich in den moder-  
rankenanstalten. Da sie jedoch ziemlich  
elig sind, hat man sich nach billigeren  
aten des Gummis zur Herstellung dieser  
e umgesehen, und auch Eisbeutel aus  
irtem Leinwandgewebe hergestellt, welche

bei häufigem Gebrauche leicht wasser-  
assig werden (Fig. 184). Erwähnt seien  
uch die von Brehmer angegebenen sehr  
ilen Herzeisbeutel aus Pergamentpapier mit Holzklammerverschluss,  
für Krankenanstalten leicht in grösserem Umfange ohne erheb-  
Aufwand an Geldmitteln beschafft werden können und sich auch  
ie Privatpflege wenig bemittelter Kranker als recht geeignet und  
ebend erweisen (Fig. 185).

Fig. 181 und Fig. 182.

Gummi-Eisbeutel für den  
Rücken nach Chapman  
mit Klammerverschluss.

Um schliesslich die Anwendung aller dieser zur localen am Krankenbette verwendeten Hilfsmittel noch weiterhin den möglichst zu erleichtern und bequem zu gestalten, insbesondere dauernde gleichmässige Wirksamkeit derselben zu gewährleisten zugleich in der Lage zu sein, eine dem Kranken unangenehme Belastung bei der Application (Peritonitis, Phlegmone etc.) zu

Fig. 183.



Transportabler Eisbehälter für Krankensäle.

sind eigene Vorrichtungen für das Kranke struirt worden, die sog. Eisbeutelträger und Reifenbahnen (Fig. 48), an welchen die Eisbeutel bei der Application aufgehängt werden in früherer Zeit häufig für die Eisapplication nach der Beschickung mit einem Bindfaden schnürten Thierblasen (ausgeschnittene Har Rindes und Schweines) sind mit Recht jetzt stens in den Hospitälern, definitiv aus der Reihe des Krankencomferts verbannt worden, weil leicht nassen und übelriechend werden; im Nothfall greift man in der Privatpflege bemittelten Kranken heute noch in Ermangelung eines besseren Hilfsmittels zu diesen improvisirten Kühlgeräthen.

### 9) Bewegung der Kranken.

War uns bereits als eine der wichtigsten Aufgaben der wissenschaftlichen Krankenpflege die Fürsorge erschienen, durch An-

Fig. 184.



Eisbeutel aus gummirtem Stoff.

zahlreicher mühsam ersonnener und zweckmässiger sammelter technischer Vorrichtungen die Ruhethätigkeit des in Bettrückenlage verharrenden Kranken nach Möglichkeit zu unterstützen und zu fördern in noch höherem Maasse die unabweisliche Forderung des Arztes wie auch die den Kranken pflegenden Angehörigen heran, alle unvermeidlichen Körperbewegungen auf eine Weise zu beeinflussen und zu modificiren, dass dem Kranken nach Kräften erleichtert und beigesteuert werden. Da es von vornherein als von grossem Werth erscheinen muss, die Muskelkräfte geschont zu werden, Bezug auf ihre Leistungsfähigkeit reducirter zu werden, und jeden ersparbaren Kraftverbrauch zu vermeiden, so ist es unzweifelhaft von erheblichem werthvollem Nutzen für das kranke Individuum ebenso für den günstigen Krankheitsverlauf, zu erstreben, dass die Bewegungen, welche der Kranke entweder selbst ausführt oder welche mit ihm durch andere Personen ausgeführt werden müssen, nur kein Schaden angerichtet, sondern auch dem subjectiven Wohlbefinden in der mannigfaltigsten Weise zu Hilfe gekommen sind. Das Erkenntniss dieser Nothwendigkeit hat dazu geführt, dass die

Krankenbehandlung in neuerer Zeit ein besonders sorgfältiges Augen-  
darauf zu richten pflegt, welches Maass an Körperbewegung dem  
Kranken überhaupt ohne Nachtheil zugemuthet werden darf. Dieses  
ist natürlich für jeden einzelnen Kranken ein individuell ganz  
verschiedenes und richtet sich abgesehen von der beson-  
deren Art und Schwere der Erkrankung in erster Linie  
nach der persönlichen Widerstandskraft und Er-  
tugungsfähigkeit des Einzelnen. Während die therapeu-  
tische Regelung des dem Kranken zu directen Heilzwecken  
zuweisenden Maasses an Bewegung und der Art der-  
selben dem Gebiete der physikalisch-diätetischen Therapie  
anheim fällt, hat die Krankenpflege die Aufgabe, sich mit den-  
jenigen Körperbewegungen und ihrer zweckmässigen Ge-  
staltung zu beschäftigen, welche auch im gesunden Zu-  
stand alltäglich vor sich gehen und sich bei dem Kranken  
deshalb in etwas veränderter Weise abspielen, weil  
er eben durch den Zustand des Krankseins in seinem

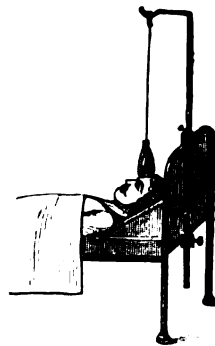
Fig. 185.



Eisbeutel aus  
Pergament-  
papier mit  
Holzklammer  
nach Brehmer.

halten zur Umgebung unter besondere eigenartige Be-  
wegungen versetzt wird. Die Körperbewegungen des Kranken zerfallen  
unregelmässig in zwei Gruppen: 1. in active Bewegungen, d. h. in solche,  
welche der Kranke selbstthätig unter willkürlicher Anspannung seiner  
Muskeln ausführt und 2. in passive Bewegungen, d. h. solche Bewe-  
gungen des Kranken, welche vermittels der Beihilfe  
der Unterstützung anderer Personen bewerkstelligt  
werden. Es ist klar, dass die activen Bewegungen  
Wesentlichen nur da zur Ausführung gelangen  
können, wo es sich nicht um schwerkranke Per-  
sonen handelt, während die passiven Bewegungen bei  
stark geschwächten und schwer darnieder-  
liegenden Kranken fast ausschliesslich zur Geltung  
kommen. Da für die Pflege schwerkranker Personen  
allgemein als ein wichtiger Grundsatz angesehen  
wird, Muskelanstrengungen überhaupt nach Möglich-  
keit ganz zu vermeiden, so sind die Bemühungen in  
anderem Grade darauf gerichtet worden, geeignete  
Vorkehrungen und Einrichtungen zu schaffen, welche  
die Ausführung der nothwendigen Körperbewegungen  
auch bei Schwerkranken in einer Weise ermög-  
lichen, dass die active Muskelthätigkeit der Kranken  
so weit als möglich ganz überflüssig gemacht oder doch durch  
dargebotenen Unterstützungsmittel auf ein Mi-  
nimum verringert wird. Die Unterstützungsmittel, welche die Kranken-  
pflege für die Bewegungen der Kranken liefert, sind doppelter Natur;  
nämlich eine Reihe von bestimmten, in geübter und kunstgerechter  
Weise auszuführenden Handgriffen von Seiten der Krankenwartung,  
sowie in den zahlreichen für Krankenpflegepersonen bestimmten Leit-

Fig. 186.



Vorrichtung zum Auf-  
hängen der Eisbeutel,  
zum Anschrauben an  
das Krankenbett.

fäden und Handbüchern beschrieben sind und sich durch eine la dauernde Erfahrung vielfach in typischer Weise herausgebildet ha Hierhin gehören das behutsame Aufheben des Rückens und Ko bei bettlägerigen Kranken mit gleichzeitigem Anheben des K kissens, ferner das Umfassen des Nackens der auf dem Bettra sitzenden Pflegeperson beim Aufsetzen des Kranken zur ärztlichen Un suchung, dann das kunstgerechte Aufheben und Umbetten des Kran durch eine, zwei oder drei Pflegepersonen, das Unterstützen gelähm oder hinkender Kranker beim Gehen durch Nachhilfe auf der gesun Seite, das Führen und Tragen der Kranken über Treppen und ähnlich mehr. Abgesehen von diesen wichtigen Beihilfen, wie sie die person Krankenwartung bietet, stehen jedoch auch eine grosse Reihe technisc materieller Vorrichtungen und Apparate zu Gebote, welche sorgfältig die Unterstützung der Krankenbewegung angeben und ersonnen si und welchen wir hier eine etwas eingehendere Aufmerksamkeit wenden wollen.

Die activen Bewegungen Kranker sind im Grossen und Gan gegenüber den Bewegungen gesunder Menschen überhaupt wesent beschränkt; denn selbst die meisten leichter Kranken, welche ni dauernd an das Bett gefesselt sind und sich in den Tageräumen Hospitälern oder im Garten aufhalten dürfen, bedürfen erheblicher R und Schonung. Immerhin aber ist es doch zweckmässig, einen Un schied zu machen zwischen den eigentlichen Schwerkranken, den daue bettlägerigen, sehr erschöpften, geschwächten und daher besonders behilflichen Kranken und auf der andern Seite den das Bett zeitw oder tagüber verlassenden, umhergehenden Kranken. Während sich activen Körperbewegungen bei der ersteren Gruppe von Kranken ausschliesslich auf ein Anheben des Oberkörpers oder ein kurzdaue Aufsetzen beschränken, verrichten die der letzteren Gruppe angehören Kranken schon eine Reihe erheblich grösseren Kräfteaufwand erforder der Bewegungsthätigkeiten, wie das Aufstehen aus dem Bette, das U hergehen im Krankensaale, länger dauerndes Aufsitzen in Krankenstüb mit Treppensteigen verbundenes Aufsuchen des Gartens etc. Je gering Anstrengungen die Ausführung aller dieser Thätigkeiten erfordert, je quemer und leichter ihre Vollziehung dem Kranken gemacht wird, so weniger leicht ist ein schädigender Einfluss derselben zu befürch und um so eher werden derartige Bewegungsthätigkeiten dem Rec valescenten, zu dessen psychischem Wohlbefinden sie häufig wesent beitragen, gestattet werden können. Aehnliche Erwägungen also, sie bereits in den vorhergehenden Capiteln dargelegt wurden bei Besprechung der Hilfsmittel für die Lagerung, die Kleidung, die E leerungen der Kranken etc., sind die Veranlassung gewesen, auch activen Körperbewegungen der Kranken durch geeignete technisc Hilfsmittel zu unterstützen und zu fördern. Einfache Vorrichtung welche diesen Zweck verfolgen, sind die sog. „Kranken-Aufrichte welche, wie ihr Name besagt, dazu dienen, dem in Bettrückenla

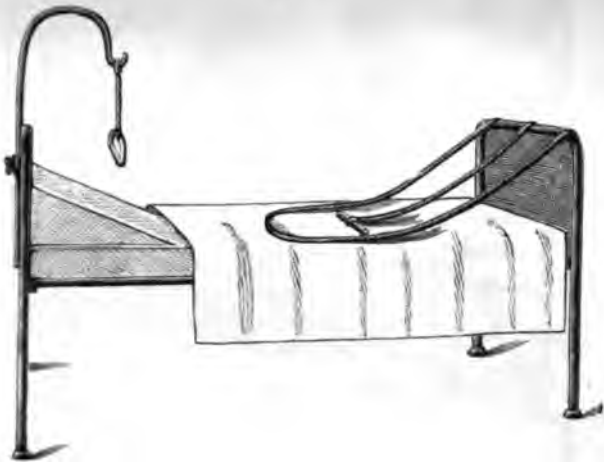


#### Fürsorge auf dem Gebiete des Krankencomforts.

den schwachen Kranken das Aufrichten des Oberkörpers oder überhaupt zu ermöglichen. Diese Apparate, mehr in die grösseren Hospitäler sowohl wie in die Privathäuser gefunden haben, bestehen gewöhnlich aus einem an gelochtenen Seil oder Lederriemen, der in der Mitte des Krankenbettes angebrachten Einsatzplatte befestigt ist und an dessen freiem Ende ein mit Leder oder Gummi überzogener Metallring oder auch ein Querriegel angebracht ist, an dem der Kranke sich mit den Händen emporheben kann (Fig. 188). Weniger zweckmässig ist es, wenn solche Vorrichtungen von der Decke des Krankenraumes herabhängen, weil beim Gebrauch derselben die Muskelanstrengung eine grössere ist als bei der Unterstützung, die dem Kranken geboten wird. Diese Vorrichtungen werden durch die veränderten Zugrichtung vermindert wird.

Zu den vorstehenden Apparaten nahestehend sind die von K. v. L. angeordneten „Kranken-Handhaben“, welche dem schwachen Kranken das Erreichen des Taschentuches und anderer von ihm gebrauchter Utensilien erleichtern sollen. Diese Geräte bestehen aus einem schmalen, wagenförmigen Brettchen, das seitlich vom Kopfende des Krankenbettes an der

Fig. 188.



Krankenbett mit verschiedenen Apparaten zum Aufrichten der Kranken.

an befestigt wird und von dem mehrere parallele Gurte, die in Ringe gefügt sind, zu dem Kranken herabhängen; die Ringe dienen zum Befestigen des Taschentuchs, Handtuchs etc., welche Gegenstände so dem Kranken in nächster Nähe und bequem erreichbar dargeboten werden (Fig. 187). Auch andere Formen von „Kranken-Aufrichtern“ sind in Gebrauch, einfache Stricke, welche an beiden Enden Schlingen tragen,

die über die beiden Bettpfosten des Fussendes gestreift während der Kranke dann die Mitte des Seiles mit der Hand greift, um sich daran aufzurichten. Dieses Geräth lässt der Noth in einfacher Weise auch aus zwei Handtüchern improvisirt werden.

Fig. 189.

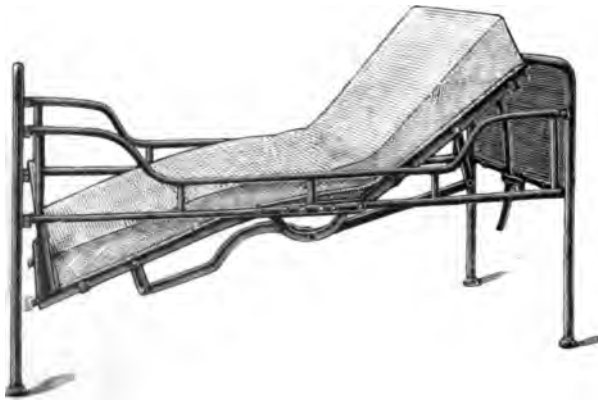


Verstellbare Rückenstütze mit Armlehnen.

Zum Aufrichten der Kranken können sodann zweckmässiger Weise „verstellbare Keilrahmen“ verwendet werden, die wir bei der Lagerung der eingehend erwähnt haben, doch ist bei ihrer Anwendung stets die Mithilfe der Pflege erforderlich, namentlich die von Brauer konstruirten „leicht verstellbaren Keilkissen“ (vgl. pag.

dem die Möglichkeit gegeben ist, dass der Kranke selbst durch einer Kurbel sich ohne grosse Anstrengung allmählig aufrichtet. bereits in die sitzende Stellung gebrachten Kranken in dieser Zeit zu erhalten, ohne ihn zu sehr ermüden zu lassen, können

Fig. 190.

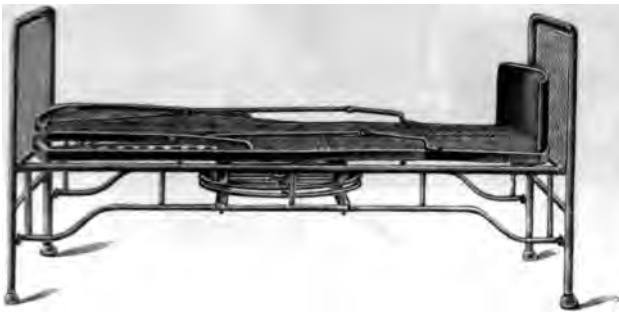


Mechanisches Krankenbett zum Aufsetzen schwacher Kranker.

mannigfache Unterstützungsmittel dargeboten werden, deren häufigste Vorzüge bereits weiter oben geschildert wurden; in erster Linie kommen hier die Keilrahmen, Rückenlehnen und Rückenstützen in Betracht, wie sie in verschiedenartigster Ausführung vorhanden sind.

ders empfehlenswerth können auch die neuerdings construirten  
 enstützen mit Armlehnen für bettlägerige Krankn bezeichnet werden;  
 lings dürften sie für den Hospitalgebranch zu theuer sein, indess mag  
 grosse Bequemlichkeit für den Kranken ihre Erwähnung rechtfertigen  
 (189). In der Noth muss man ja auch mit einer Vermehrung  
 Kopfkissen oder einem verkehrt hinter den Kranken gestellten Stuhl  
 ieden sein. Besonders practisch, wenn auch recht kostspielig, sind  
 sog. „mechanischen Krankenbetten“, welche heutzutage mehr in An-  
 endung gekommen sind als früher, wo sie ausschliesslich von den  
 Althabendsten ihres hohen Preises wegen in Gebrauch gezogen werden  
 unten; diese Geräthe ermöglichen schwachen, im Bette liegenden  
 ranken ein sehr schonendes Uebergehen in die sitzende Position und  
 n sehr bequemes und wenig ermüdendes Verharren in derselben für  
 längerere Zeit. Das Princip der mechanischen Krankenbetten haben  
 für bereits bei der Betrachtung der technischen Hilfsmittel für die Darm-

Fig. 191.



Mechanisches Krankenbett mit horizontal rotirender Stahldrahtmatratze.

erungen der Kranken kennen gelernt: die Einrichtung, dass durch  
 geeigneten Mechanismus mit Ketten- oder Zahnstangen-Uebertragung  
 zeitig sich das Kopfende des Bettbodens allmählig hebt, während  
 das Fussende desselben senkt, ohne dass der Kranke irgend welche  
 Muskelthätigkeit zu entfalten braucht; vielmehr wird sein Rücken  
 und nach emporgerichtet und dann dauernd in horizontaler Position  
 stützt, während das Becken auf dem mittleren Theil der Matratze  
 Ruhe bleibt und die Füße, im Knie gebeugt abwärts gerichtet werden  
 und am Fussende einen geeigneten Stützpunkt finden (Fig. 190). Deutet  
 schon die Construction dieser „mechanischen Krankenbetten“ auf einen  
 entwickelten Stand der technischen Hilfsmittel des Krankencomforts,  
 so ist man doch neuerdings in der Herstellung derartiger Apparate noch  
 einen Schritt weiter gegangen und hat mit Erfolg auch das Problem in  
 Angriff genommen, ein Krankenbett zu construiren, dessen Mechanismus  
 gestattet, den Kranken aus der ruhigen Rückenlage nicht nur in die

aufrecht sitzende Stellung zu bringen, ohne seine active Muskelthätigkeit in Anspruch zu nehmen, sondern ihm auch das Aufstehen aus der Bette in erheblichem Maasse zu erleichtern. Diese neueste Art mechanischer Krankenbetten bringt den Kranken unmittelbar aus der Rückenlage in eine Position, in der er aufrecht seitlich auf dem Bettrahmen sitzt, ohne dass er, um in die neue Stellung zu gelangen, auch nur ein Glied zu rühren braucht (vgl. Deutsche Krankenpfl.-Zeitung. 1898. pag. 16). Das Geräth ist in der Weise construirt, dass eine feste Stahldrahtmatratze deren Kopfende elevirbar ist, während das Fussende, mit einer Stütze versehen, sich senkt, um einen unbeweglichen Punkt im Centrum des Krankenbettes drehbar angebracht ist, so dass es möglich ist, durch einen einfachen Handgriff den Kranken in die erwähnte Sitzstellung zu bringen (Fig. 191 u. 192). Leider sind diese sehr leistungsfähigen und nützlichen Krankenbetten nur zu einem ziemlich hohen Preise herzustellen, weshalb sich vorläufig ihre Verwendung in Anstalten, Privatkliniken und Sanatorien für wohlhabende Kranke beschränken muss.

Fig. 192.



Mechanisches Krankenbett mit horizontal rotirender Stahldrahtmatratze. Der Mechanismus in Thätigkeit.

fähigen und nützlichen Krankenbetten nur zu einem ziemlich hohen Preise herzustellen, weshalb sich vorläufig ihre Verwendung in Anstalten, Privatkliniken und Sanatorien für wohlhabende Kranke beschränken muss.

Von technischen Hilfsmitteln für die active Bewegung aufstehender Kranker haben wir zunächst die als Krücken oder Krückstöcke bezeichneten Geräthe zu nennen, welche in sehr mannigfacher Ausführung, sowohl den einfachen als verwöhnten Ansprüchen Rechnung tragend, in Gebrauch kommen. Zumeist haben sie die Form eines Stockes, der im Ganzen etwa anderthalb mal so lang ist als ein gewöhnlicher Spazierstock, sind aus festem Holze gearbeitet und werden unter der Achsel als Stütze beim Gehen verwendet. Da sie eine ziemlich bedeutende Last auszuhalten haben, werden sie so eingerichtet, dass sich der verticale Krückstock nach oben hin in zwei Theilstücke gabelt, deren obere Enden

Fürsorge auf dem Gebiete des Krankencomforts.

n schmales horizontales Querholz verbunden sind; h wird eine bessere Vertheilung resp. Verminderung der Belastung erreicht, welche dem Geräth grössere Haltbarkeit verleiht. Das obere Querholz wird zweckmässig nach oben etwas concaven Achselpolster belegt, den Gebrauch dieser Hilfsmittel bedeutend erleichtert und angenehmer macht (Fig. 193). Neuerdings wird das Achselpolster auch häufig durch einen die beiden Stäbe verbindenden freien Lederriemen ersetzt, der sich wegen seiner Nachgiebigkeit und Schmiegsamkeit der Krümmung besonders gut anpasst und den lästigen Druck des Gehens verringert (Fig. 194). Von Werth ist auch, dass die Krücke mit einem elastischen Gummiknopf versehen ist, da durch diesen das unangenehme Aufstossen auf den Fussboden bei der Vorwärtsbewegung gemildert wird. Die gleiche Einrichtung ist auch bei der Verwendung der Krückstöcke, d. h. einfacher Spazierstöcke, die sich durch stärkere Bauart als eine besonders festgefügte Querkrücke, die auch durch ein Handpolster ersetzt werden kann, auszeichnen, erforderlich. Bei der Verwendung dieser Hilfsmittel für die Vorwärtsbewegung Kranker ist darauf zu achten, dass sie stets in erster Linie auf der gesunden Seite getragen werden

Krücke mit Achselpolster für umhergehende Kranke.

sen, um dem Körper den nöthigen Halt zu geben. Jedoch benutzen auch Kranke, besonders solche, welche die Geräte nicht anwenden, um ihrem Körper der vorhandenen allgemeinen Muskelschwäche halber eine Stütze zu geben, sondern an Extremitäten auf der einen Seite gelähmt oder nach chirurgischen Eingriffen (Amputationen etc.) nur auf der einen Seite unvollkommen leistungsfähig sind, an beiden Seiten eine Krücke, die sie in die Achseln einstellen, um dem Körper in grösserem Maasse geeignete Unterstützung zu bieten. Die mit Handpolster versehenen Krücken dienen besonders auch dazu, schwächlichen, gehenden Reconvalescenten in zweckmässiger Weise zu helfen, indem der Kranke sich mit beiden Händen gleichzeitig auf den Stock stützt und so dem Körper einen Ruhepunkt giebt, ehe er weiter vorwärts schreitet (Fig. 197). Ganz ähnliche Zwecke verfolgen die besonders in den Anstalten verbreiteten Gehbänkchen, welche den „Bauerntischchen“ vergleichbar hergestellt sind und aus vier auf vier nach oben convergirenden Holzstäben und einem schmalen Brettchen bestehen, das seitlich zwischen den Stäben trägt (Fig. 198). Diese einfachen Hilfsgeräte haben sich als ausserordentlich zweckmässig bewährt und sind daher als werthvolle Hilfsmittel des Krankencomforts bezeichnet

Fig. 194.



Krücke mit freischwebendem Riemen.

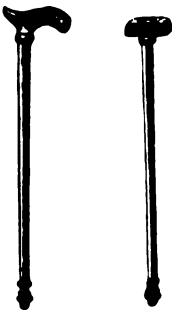
werden. Diesen Vorrichtungen stehen am nächsten die sog. Lauf- und Gehstühle, deren es verschiedene Systeme giebt

Fig. 195.

Verstellbare  
Krankenkrücke

eingestellt und unter die Achselhöhlen geschoben werden. Der schiebt nun beim Gehen den Stuhl vorwärts und hat es in der

Fig. 196. Fig. 197.

Stützstöcke für umher-  
gehende Kranke (mit  
Krücke und Handpolster).

Krankenanstalten die neuerdings angegebenen verstellbaren Krücken besonders zu empfehlen sind, da dieselben bei Personen verschiedenster Verwendung finden können und so die Anschaffung vielfacher Paare ersparen (Fig. 195). Schliesslich sei erwähnt, dass von Men-

jedoch ziemlich auf dem gleichen Princip beruhend sehr empfehlenswerthes Geräth dieser Art ist Albers beschriebene Laufstuhl für Gehübige (Zeitschr. f. Krankenpf. 1894. pag. 371), welcher erster Linie bei der Nachbehandlung consolidirter, resecirter Gelenke der unteren Extremitäten als auch überhaupt bei der Vornahme der ersten Versuche seitens schwacher und unbehilflicher Kranken als sehr brauchbar erwiesen hat. Die Construction des Unterstützungsapparates ist eine derartige, dass ein quadratisch geformter, hinten offener Holzrahmen vier mit elastischem Gummiring belegten Rollen die Basis bildet. Die Rollen gestatten, da ihre Axen sich um verticale Zapfen drehen, jede Bewegung des Rahmens in der Ebene. Mit dem grösseren Rahmen ist durch vier Streben ein ähnlich geformter Rahmen verbunden, welcher vier gepolsterte Armstützen trägt. Beim Gebrauch legt der Kranke von hinten in den Laufstuhl, legt die Vordere auf das vordere Brett des oberen Rahmens und schiebt dieses selbst mit den Händen, während die Arme eingestellt und unter die Achselhöhlen geschoben werden. Der Kranke schiebt nun beim Gehen den Stuhl vorwärts und hat es in der Hand durch mehr oder weniger starkes Aufdrücken auf die Armstützen und den oberen Rahmen das kranke Glied zu entlasten und letzteren einen Theil des Körpergewichtes zu übernehmen. Die Kranken gewinnen bei Benutzung dieses Laufstuhles das nöthige Sicheres, indem sie dann an Stelle des Laufstuhles bequem gehen können, wie Krücken und Stöcke verwenden können, mit denen sie sich unabhängig bewegen und namentlich auch Treppen steigen können (Fig. 199). Um dem Kranken während der Benutzung ein zeitweises Ausruhen zu ermöglichen, kann even an den Laufstuhl ein Sitzgurt eingehängt werden, welcher zusammenklappbare Geräthe dieser Art darstellt, welche ihren Transport sehr leichtern. Bemerkt sei hier noch,

Zeit sehr zweckmässige Krankenkrücken mit elastischer Fed und Metallscharnier construirt worden sind, welche dazu bedid, schwache Kranke nicht nur beim Gehen zu unterstützen, anen auch beim Sicherheben vom hhl zur aufrechten Stellung wirksam kommen.

Fig. 198.



Gehbänken für umhergehende Kranke.

sich sind die Geräthschaften des mforts, welche der passiven Bewewerkranker Personen dienen. Die ge Unbehilflichkeit und Schwachheit ettlägeriger Kranke hat es als werth erscheinen lassen, allerhand Unterstützungsmittel zu besitzen, ermöglichen, die unvermeidlichen en und Ortsveränderungen, welche en Kranken vorgenommen werden einer möglichst schonenden, leichten

men Weise zu bewerkstelligen. Vom nkte der wissenschaftlich geordneten lege ergab sich nicht nur die Auf-

Transport schwerkranker Personen alten, dass unsanfte und schmerzhaft e Einwirkungen, anstren-unbequeme Maassnahmen dabei ausgeschlossen werden, son- die Forderung, alle diejenigen der Krankenpflege zugehörigen und Handreichungen,

Fig. 199.



Laufstuhl für sich im Gehen übende Kranke.

hrend der Dauer der Er- wiederholt auszuführen eine passive Ortsverände- kranken Individuums, i nur für kurze Zeit, er- mit grösstmöglichster Be- eit und Schonung vorzu- Betrachten wir zunächst ll für die Zwecke des ansportes hergestellten . so haben wir vor allem rankenbahnen oder Kran- zu erwähnen, welche ger Weise in Gebrauch müssen, wenn es sich idelt, schwerkranke Per-

r eine längere Wegstrecke hin zu befördern. Da das Kranken- esen, soweit es sich im öffentlichen Verkehr abspielt, mit en Einrichtungen in einem besonderen Capitel dieses Hand- ie eingehende Darstellung erfährt, so sind hier Krankentrans- insofern in den Kreis der Betrachtung zu ziehen, als sie

innerhalb der eigentlichen Krankenzimmer und der Krankenanstalten sich gehen. Es handelt sich hier vor allem um die Beförderung Kranken von einem Krankenzimmer in den andern, vom Krankenzimmer zum Operationssaal, von einem Stockwerk des Krankenhauses in ein anderes, Krankenzimmer aus in den Garten und Aehnliches. Streng genommen hört auch das Ueberbringen eines Kranken aus einem Bette in ein and in demselben Raume befindliches hierher, wie es häufig bei der Pflege zum Zwecke des Umbettens vorgenommen werden muss. Doch bed man sich meist zu diesen kürzesten Krankentransporten keiner besond

Fig. 200.



Ältere einfache Krankentrage aus Holz mit Segeltuchbezug.

geschicktes und behutsames manuelles Tragen doch den Kranken zu anstrengen und Erschütterungen nicht in hinreichendem Maasse seinem Körper fernhalten und daher kommen hier die Transportgeräthe allgemein zur Verwendung. Die als Krankenträger oder Krankentrage bezeichneten Geräte bestehen in ihrer Urform aus zwei langen parallelen Holzstangen, welche durch zwei kürzere Querstäbe in ihrer Lage einander erhalten werden. Der entstehende rechteckige Zwischenraum innerhalb des gebildeten Holzrahmens, gewöhnlich ca. 2 m lang

Fig. 201.



Moderne Hospitaltragbahre aus Eisen mit Bezug, von abwaschbarem Ledertuch (Azella).

technischen Vorrichtung sondern begnügt sich der sachgemässen Anwendung der bezüglichen Handgriffe durch die Krankenträger. Handelt es hingegen um eine dauernde Beförderung, würde selbst ein noch

60—70 cm breit, ist Segeltuch bespannt, welche eine geeignete Unterlage für den Kranken bilden. Die vier freien Enden der beiden langen Stangen werden von den tragenden Personen als Handhaben benutzt, so zwar, dass eine Träger am Kopf der Bahre, der andere

Fussende mit beiden Händen zugreift. Wichtig ist es, dass die Träger gut gefügt sind und die nöthige Festigkeit besitzen, damit sie das Gewicht des auf ihnen lastenden Körpers aushalten; andererseits dürfen sie nicht zu schwer sein, weil ihre Handhabung dem Pflegepersonal zu unbequem sein würde. Auch bei der Verwendung der Tragbahre ist grosse Vorsicht und Behutsamkeit nöthig, um Erschütterungen, dem Kranken ausserordentliche Nachtheile bringen können (Blutungen, Schmerzen etc.), zu vermeiden. Bekannt ist die Regel, dass die Träger stets gleichen Schritt halten sollen, um ein Hin- und Herschwan



auszuschalten. Der Kopf des Kranken wird stets etwas erhöht, einfachsten durch ein Querpelster oder eine Kopfrolle; so wird ein gewünschter Blutafflux nach dem Gehirn zweckmässig vermieden. In letzten Jahren sind auch die Krankentragbahren in mannigfacher vervollkommen worden, immer von dem Gesichtspunkt aus, a

Fig. 202.



Krankentragbare mit verstellbarem Kopftheil, Verdeck und Bandeisenboden nach Merke.

men ein möglichst hohes Maass von Bequemlichkeit und rücksichtsvoller Schonung zu bieten. Zunächst hat das Bestreben eine wünschenswerthe leichte Desinfeirbarkeit dieser Geräte zu erzielen, dazu geführt, selbst, wenigstens soweit sie in Krankenanstalten Verwendung finden, ordnungsgemäss nicht mehr aus Holz, sondern aus Metall (Gasrohr) herzustellen, das zweckmässigerweise Oelfarbenanstrich erhält.

Fig. 203.

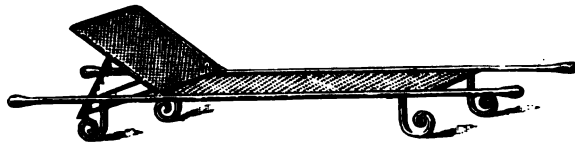


Fahrbare Krankentragbare mit herabzuklappenden Handgriffen.

sonders empfehlenswerth, ist auch ziemlich theuer, doch ihrer Leichtigkeit und Stabilität wegen die aus Stahlröhren (Mannmannrohr) hergestellten Krankentragbahnen. Um das Gewicht und damit die Handhabung der Bahnen zu erleichtern, sind in jüngster Zeit derartige Geräte auch aus Aluminium und Malaccaconstruirt worden, welche ebenfalls gut zu benutzen scheinen. Um die Stabilität der Geräte zu erhöhen, hat Merke vorge-

Zahnstange in beliebigem Grade hochgestellt werden kann (Fig. 202). In Krankenanstalten gut zu verwenden sind ferner die sog. fahrbaren Krankentragen, welche einen ausserordentlich schonenden Transport ermöglichen. Die Bahre wird hier auf ein ca. 1 m hohes eisernes Untergestell aufgesetzt, dessen vier Füsse auf allseitig drehbaren, mit Gummi belegten Rädern laufen. Um ein Anstossen der Tragbahren an die Wände während des Transportes, besonders beim Passiren enger Räumlichkeiten (schmale Corridore und Treppen mit kurzen Biegungen) möglichst zu vermeiden, sind Tragbahren in Gebrauch, deren Handgriffe um-

Fig. 204.



Krankentragbahre mit federnden Füßen.

geklappt werden können, so dass die Geräte weniger Raum beanspruchen. Um ein dem Kranken schädliches heftiges Aufstossen der Bahre auf den Fussboden beim Niedersetzen derselben zu verhüten, sind Krankentragen angegeben worden, deren Füsse aus gebogenen, federnden Metallbändern bestehen. Um dem Kranken während des Transportes unangenehme Anblicke aus der Umgebung und ihn selbst den Blicken neugieriger Zuschauer zu entziehen, sind Krankentragen zur Verfügung, an deren Kopftheil ein mit Segeltuch bespanntes, verstellbares Verdeck angebracht ist. Von den gleichfalls meist mit Verdeck versehenen, früher vielfach auch in Krankenanstalten verwendeten, aus Weidengeflecht hergestellten sog. Krankenkörben ist man jetzt ganz abgekommen, da diese Geräte sich nur mangelhaft rei-

Fig. 205.



Krankenkorb aus Weidengeflecht.

halten lassen. Erwähnt sei hier noch die neuerdings vielfach empfohlenen Sitstragbahren, deren parallele Längsstangen entsprechend der Körperform des sitzenden Kranken an mehreren Stellen winklig geknickt sind, wodurch dem Kranken, der in halb sitzender Stellung auf ihnen ruht,

eine sehr bequeme Lagerung dargeboten wird, da er hier sowohl eine geeignete Rückenlehne als auch eine angenehme Beckenlagerung, sowie Unterstützung in den Kniekehlen und an den Fusssohlen findet (Fig. 206). Diesen Geräthen stehen die Krankbahren nahe, bei welchen nach Art der mechanischen Krankenbetten (vgl. pag. 154) das Kopftheil, die Rückenlehne bildend, emporgeklappt werden kann, während sich gleichzeitig

Fürsorge auf dem Gebiete des Krankencomforts.

mit Sohlenstützbrett versehene Fusstheil herabsenken. Die Anzahl von Tragbahren sind so eingerichtet, dass sie ausser Gebrauch sind, vollkommen zusammengeklappt werden können, so dass sie dann nur sehr wenig Raum einnehmen. Sie sind jedoch für den Hospitalgebrauch weniger geeignet, jedoch aufs Vorzüglichste in der Militär-Krankenpflege. Es ist es, darauf zu achten, dass der Kranke während des Transport hinreichend geschützt und bekleidet sei, insbesondere in Hinsicht auf die leichte Bauart der Transportgeräte und die Möglichkeit des Raumwechsels während der Beförderung durch verschiedene Temperaturen (zugige Corridore!). Es ist nicht nur

Fig. 206.



Tragbahre für halbsitzende Stellung mit Knie.

Es ist nicht nur eine dicke Wollecke dem Kranken unterzulegen, sondern ihn auch von oben her mit doppelter Friesdecke einzuhüllen, da gerade bei der Bettwärme kommende Kranke sich besonders leicht erkälten. Besondere Vorsicht erfordert der Transport über Treppen. Die Wankungen der Bahren werden sich hierbei nicht ganz ausschalten lassen, doch können Stösse und Erschütterungen des Kranken vermieden

Fig. 207.



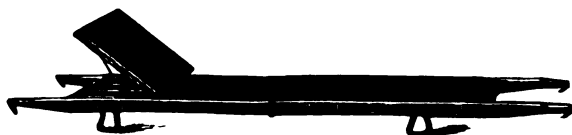
Mechanische Krankentragbahre.

werden, wenn die tragenden Pflegepersonen gut Tempo halten. Der Kopf des Kranken muss sich beim Treppentransport stets auf höherem Niveau befinden als die Füße; daher schreitet der Träger des Bahrenfahrenden beim Aufwärtssteigen voran, beim Abwärtssteigen hinterher. Für den Treppentransport sind besondere Tragstühle angegeben worden; dieselben sind aber nur bei solchen Kranken anwendbar, welche längere Zeit aufsitzen dürfen, eignen sich also vornehmlich für fortgeschrittenere Convalescenten und den Transport in den Garten. Die Treppentrag-

stühle sind den erwähnten mechanischen Krankentragen ähnlich bieten beim Gebrauch dem Kranken die Annehmlichkeit, dass die Stellung der Geräte beim Passiren der Treppen vermieden wird, bei ihrer Construction darauf Bedacht genommen wird, die am Kopfe befindlichen Handhaben entsprechend höher anzubringen als die am Fusse befindlichen (Fig. 209). Werden die Treppentragstühle gleich an den Füßen mit Gummirädern versehen, so können sie dazu dienen den Kranken nicht nur in den Garten zu überbringen, sondern ihn daselbst weiterhin spazieren zu fahren, ohne dass ein Wechsel des Transportmittels nöthig wird. Wo wenig pecuniäre Mittel zur Verfügung sind, behilft man sich wohl auch mit geeignet gebogenen eisernen Stangen zum Zwecke des Treppentransportes, die an gewöhnliche Krankenträger beiderseits angeschraubt werden und so die Anwendung besonderer Treppentragstühle überflüssig machen können.

In den letzten Jahren ist in den grösseren Krankenanstalten die Verwendung der verbreitetsten Transportgeräte für Kranke, der Tragen und Tragstühle, durch die Einführung zweier neuer technischer

Fig. 208.



Zusammenlegbare Tragbahre für Feldlazarethe.

Beförderungsmittel wesentlich eingeschränkt worden, nämlich des verschiedenen Hospitalstockwerke verbindenden Fahrstuhls (Lift) und sog. Krankenbettfahrer. Die mannigfachen Unbequemlichkeiten des Krankentransportes, insbesondere das wiederholt nöthige Umbetten des Kranken vom Bett zur Bahre, von der Bahre zum Operationstisch und vice versa sowie die Inanspruchnahme zweier Pflegepersonen, die für diese Art Transportes benöthigt werden, hat Veranlassung gegeben, auf eine Vereinfachung und Vervollkommnung der Beförderungstechnik zu streben und auch hier dazu geführt, durch geeignete mechanische und manuelle Hilfsgeräte sowohl für den Kranken als das Personal eine bequeme und gesicherte Methode zu gewinnen. In fast sämtlichen grösseren modernen Krankenhäusern sind die einzelnen Stockwerke gegenwärtig durch senkrechte Fahrsehächte mit einander verbunden, in welchen Fahrkammern laufen, die genügend gross sind, um ein ganzes Krankenbett sammt Begleiter aufzunehmen, und durch hydraulische oder Electricität gehoben und gesenkt werden. Natürlich sind diese technischen Einrichtungen, welche bereits bei der Erbauung neuer grösserer Krankenanstalten als unerlässlich angesehen werden, von erheblicher Kostspieligkeit und erfordern eine besondere Etatbelastung von 1000

Fürsorge auf dem Gebiete des Krankencomforts.

rk; sie bedeuten aber eine so ausserordentliche An  
sbetriebe und eine so weitgehende Verbesserung  
die Krankenbeförderung, dass diese Vortheile  
vand wettmachen. In erster Linie stehen hierbei  
n zu überbringenden Kranken selbst erwachsen  
Anstalten bei dem häufig nothwendigen Verlegen  
Stationen, der Beförderung zum und vom Operat  
schen Unterricht dienenden Anstalten auch zum u  
Aufnahmezimmer zum Krankensaal etc. sich erg  
innerhalb der Anstalten vollziehenden Transporte  
ner so schonenden Weise ausführen, dass der ruh  
gende Kranke die Bewegungen der Ortsveränd  
Wesentlichen Antheil an diesem Fortschr  
g der „Krankenbettfahrer“. Es sind dies Hin  
bewegung des ganzen Krankenbettes sammt dem  
ken ermöglichen, ohne den Kranken irgendwie zu be

in anstrengender Weise zu  
und ihn schädlichen Er-  
gen auszusetzen. Die auf  
amreifen belegten Rädern  
Apparate werden sachgemäss  
bettstelle befestigt, während  
zeitig etwas vom Fussboden  
ird, und nunmehr gelingt  
ettgestell unhörbar und sanft  
en Bestimmungsort zu rollen.

vereinigte Anwendung von  
und Lift wird ein derartiger  
durch sämtliche Anstaltsräume sowie in den Garten ausfüh-  
ergiebt sich auch der weitere Vorthail, selbst sehr schwache  
nd Reconvalescenten ohne jede Beschwerlichkeit bei geeigneter  
in den Garten bringen und ihnen den wohlthuenden Einfluss von  
ne und angenehmer Umgebung zukommen lassen zu können.  
s sind eine Anzahl verschiedenartiger Systeme von Kranken-  
angegeben worden, bei denen besonders zwei Principe sich als  
erwiesen haben. Entweder sind die Apparate so construirt,  
aus zwei gleichartigen Theilen bestehen, von welchen der eine  
ende, der andere am Fussende des Krankenbettes, das zu  
vecke an den betr. Stellen manuell angehoben werden muss,  
abt werden, oder die Construction ist eine derartige, dass das  
rath, auf vier Rädern ruhend, unter das Krankenbett geschoben  
s dann durch einen Schrauben- oder Hebelmechanismus elevirt  
beweglich wird. Die erstere Art von Bettfahrern ist im All-  
wohlfeiler, jedoch in der Anwendung umständlicher, weil zur  
ng stets zwei Personen nothwendig sind, und bietet keine so  
ewähr für das Fernhalten von Stössen und Erschütterungen

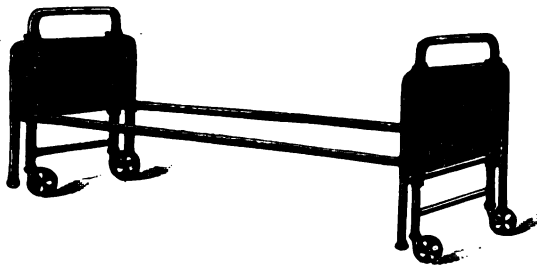
Fig. 209.



Treppentragstuhl.

während des Transportes, wie sie als ein bemerkenswerther zweiten Art von Bettfahrapparaten angesehen werden m letzteren Gruppe von Transportgeräthen gehören die von I und von P. Jacobsohn angegebenen Fahrapparate für Kranken, welche sich in der Praxis gut bewährt haben. Erwähnt noch der Apparat von Köhler, welcher aus zwei symmetrisch besteht, die von beiden Seiten unter das Krankenbett geschob

Fig. 210.



Fahrapparat für Krankenbetten.

unzureichend zeigt, wenn ein Transport über eine längere Weg sich gehen soll (vgl. P. Jacobsohn, Beitrag z. Frage d. Kr transports im Hospital. Hygien. Rundsch. 1896. No. 2 und Krankenpfl.-Ztg. 1898. pag. 19).

Kranke, deren Status und Genus morbi ein längeres Aufsi

Fig. 211.



Bettfahrapparat nach Köhler.

Bett und gleichzeitig den Aufenthalt im Freien zulässt, sind in sich in weitergehendem Maasse technischer Hilfsmittel für bewegung zu bedienen, welche ihnen „Promenaden“ im Hos zu einer Zeit ermöglichen, in der an ein wirkliches Umher nicht zu denken ist. Die hier in erster Linie in Frage komr rätbe sind die transpo Krankenfahrstühle, wie sie geg

Ganz verlass die früher h gewendete M den vier F Krankenbette Rollen oder l ernd anzubr Beweglichkeit macht sich eine zu gros bar, wenn l veränderung ist, während

Fürsorge auf dem Gebiete des Krankencomforts.

gfaltigsten Ausführung, einfach und höchst eleganter Verfügung stehenden materiellen Mitteln verwendbar. Es sind bequeme, gepolsterte Lehnstühle, mit Abziehbügel von abwaschbarem Ledertuch versehen, und die erwähnten Ruhesesseln für Krankensäle, jedoch auch für den Gebrauch in der Privatpraxis, der Benutzung im Feinen entsprechend, aufgestellt. Zu erhöhter Annehmlichkeit für den Kranken sind ihnen noch verstellbare seitliche Kopfstützen, Kranken- und Fussverdecke und Aehnliches angebracht; auch Griesdecken helfen der Behaglichkeit nach. An der Rückenlehne tragen diese Fahrstühle einen Handgriff, an dem der Kranke ergreift, welche das Herumfahren des Krankenstuhles zu besorgen hat. Bei manchen Stühlen ist an der Vorderseite eine Lenkstange vorhanden, welche zur Direction überlassen werden kann, um ihm, der sich selbst

wegen nicht vorwärtsbewegen kann, wenigstens eine Theilnahme an der Fortbewegung des Stuhles zu ermöglichen, was psychologisch sehr günstig ist, indem der Kranke doch ein gewisses Vertrauen in die eigene Kraft behält.

Unter den Fahrgeräthen stehen die sog. „Selbstfahrer“ nahe, Fahrstühle nämlich, deren untere Extremitäten gelähmt sind, und bei denen durch einen von den Händen des Kranken selbst in Bewegung gesetzten Mechanismus das Geräth vorwärtsgebracht wird. Diese Selbstfahrer sind, schon ihres hohen Preises wegen, weniger für Krankensäle, in denen stets für geschultes Pflegepersonal zur Bedienung der Kranken gesorgt ist, sondern mehr für die private Pflege besser sitzender Personen, die durch ihre Benutzung die Möglichkeit gewinnen, ohne Ingebrauchnahme der Beine und ohne Begleitung Spazierfahrten auszu- und einstrassen vornehmen zu können; im Hospital handelt es sich ja meist um Reconvalescenten, denen jede dauernde Muskelanstrengung, wie sie hier in Bezug auf die oberen Extremitäten erforderlich ist, schädlich und daher untersagt ist. Zweifellos aber leisten derartige Hilfsgeräte den Kranken, für die sie sich eignen, sehr grosse nützliche Dienste und bilden eine wichtige Gruppe unter den technischen Unterstützungsmitteln der Krankenpflege, welche speciell der Transport des Kranken dienen. Schliesslich sei bemerkt, dass man bei dem Krankentransport im Hospital nicht nur in jeder Weise die Ver- und Abfuhrung möglichst vollkommener Transportgeräte bequem und

Fig. 212.

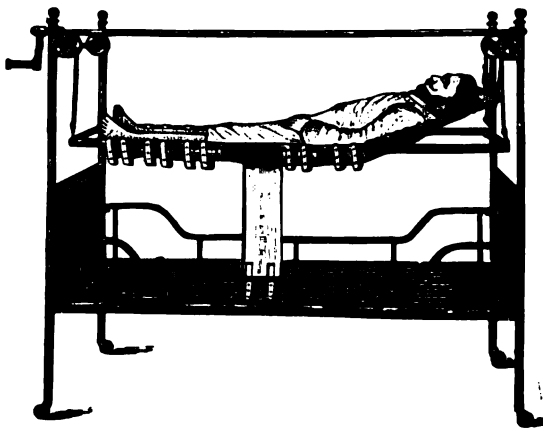


Krankenbettfahrer nach P. Jacobsohn.

Unter den Fahrgeräthen stehen die sog. „Selbstfahrer“ nahe, Fahrstühle nämlich, deren untere Extremitäten gelähmt sind, und bei denen durch einen von den Händen des Kranken selbst in Bewegung gesetzten Mechanismus das Geräth vorwärtsgebracht wird. Diese Selbstfahrer sind, schon ihres hohen Preises wegen, weniger für Krankensäle, in denen stets für geschultes Pflegepersonal zur Bedienung der Kranken gesorgt ist, sondern mehr für die private Pflege besser sitzender Personen, die durch ihre Benutzung die Möglichkeit gewinnen, ohne Ingebrauchnahme der Beine und ohne Begleitung Spazierfahrten auszu- und einstrassen vornehmen zu können; im Hospital handelt es sich ja meist um Reconvalescenten, denen jede dauernde Muskelanstrengung, wie sie hier in Bezug auf die oberen Extremitäten erforderlich ist, schädlich und daher untersagt ist. Zweifellos aber leisten derartige Hilfsgeräte den Kranken, für die sie sich eignen, sehr grosse nützliche Dienste und bilden eine wichtige Gruppe unter den technischen Unterstützungsmitteln der Krankenpflege, welche speciell der Transport des Kranken dienen. Schliesslich sei bemerkt, dass man bei dem Krankentransport im Hospital nicht nur in jeder Weise die Ver- und Abfuhrung möglichst vollkommener Transportgeräte bequem und

schonend zu gestalten sucht, sondern, besonders bei Schwerkranken, strebt, alle Ortsveränderungen überhaupt auf ein Minimum zu und alle nothwendigen Maassnahmen, die mit dem Kranken gehen müssen und eine Translocirung desselben erforderlich machen, in möglichst Nähe des Krankenbettes zu bewerkstelligen, wie Baden, Wägen, Umbetten des Kranken. Ja, man geht darin weit, dass man besondere Vorrichtungen construirt hat, welche den in ruhiger Bettrückenlage verharrenden Kranken auf rein nemelchem oder mechanischem Wege, ohne ihn mit den Händen zu rühren, ihn aufzusetzen, fortzutragen etc., für die Zwecke des Uebernehmens am Rücken, vom Bette hochzuheben, ihn an Ort und Stelle zu wägen, ihn ins Bad niederzulassen. Man bedient sich hier complicirter gebauter technischer Hilfsapparate, welche selbst

Fig. 213.



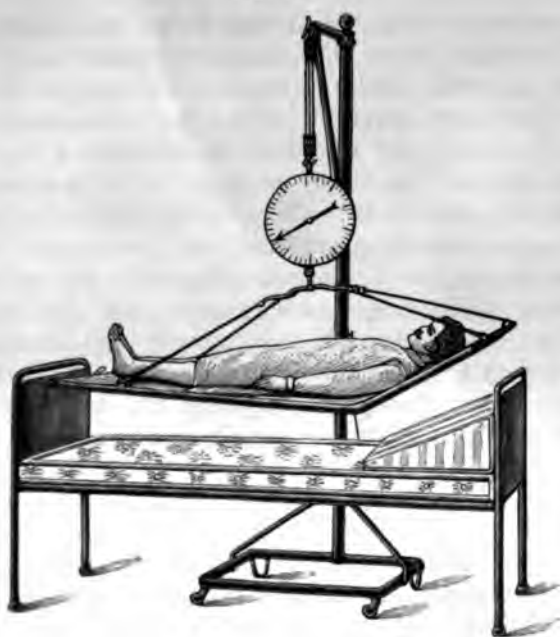
Krankenhebeapparat nach M. Mendelsohn.

nahme der e  
bisher allein  
vollzogenen Hi  
gen in sehr se  
und prompter  
lassen. Für  
betten sind so  
kenhebeappara  
handen, welch  
Bettpfosten  
werden und so  
sind, dass der  
der auf einem  
rallelen Leinen  
spannten Rahm  
durch Drehung  
bel ganz allmäl  
render in active  
lage bleibt, vom Laken elevirt wird, so dass die nöthigen Hilfen  
ungestört unterhalb seines Rückens ausgeführt werden können.  
zweckmässiges derartiges Geräth ist vor Kurzem von M. Mendelsohn  
angegeben und beschrieben worden (Aerztl. Polytechn. 1898. p. 100).  
Zur Wägung Schwerkranker sind von v. Jaksch und P. Jacobsohn  
besondere Krankenwaagen angegeben worden, welche einen  
ins Wägezimmer überflüssig machen und die Vornahme der  
bestimmung gleichfalls in activer Bettrückenlage erlauben. Der v. Jaksch'sche  
Apparat ist eine grössere Brückenwaage, die unter das Bett geschoben wird,  
und auf der zuerst das Bett mit dem Kranken gewogen wird; dann das Bett  
allein gewogen wird; der definitive Gewichtswert ergibt sich durch Subtraction  
der durch einen Zeiger markirten beiden Gewichte (vgl. Verhandl. d. XV. Congr. f. innere Medicin 1897. p. 100).  
Bei der von mir construirten Krankenwaage wird der Kranke,



zur Lakenspannung verwendeten Rahmen liegt, direct in Rücken-  
 ewogen, nachdem er durch Vermittelung eines kleinen Flaschen-  
 ein wenig angehoben wurde (vgl. Deutsche Krankenpflege-Zeitung.  
 pag. 136). Für Kranke, welche längere Zeit aufgesetzt werden  
 n, reichen die sog. Stuhlwaagen, z. B. die von Fiedler (Dresden)  
 ebene, die auf Rollen in die Nähe des Krankenbettes en  
 en können, aus, während die vorerwähnten Apparate  
 erkrankte (Fiebernde, Benommene, Kachectische) bei  
 n sehr sinnreich construirten Apparat, der gestattet Schwe...

Fig. 214.



Krankenwaage für bettlägerige Kranke nach P. Jacobsohn.

de Belästigung und Anstrengung ins Bad zu bringen, hat neuerdings  
 rke angegeben. Die Vorrichtung ist einem Krahn ähnlich; der  
 unke wird durch einen Kurbelmechanismus mit Schneckenübertragung  
 u allmählig vom Bett (oder der Bahre) emporgehoben und, nachdem  
 in horizontaler Richtung gleichfalls durch einen Kurbelmechanismus  
 unmittelbar über die obere Apertur der Badewanne dirigirt worden  
 wiederum ganz schonend und behutsam in die Wanne niedergelassen.  
 ärend der ganzen Vornahme verbleibt er in ruhiger Rückenlage, auf  
 em Rahmen bequem gebettet. Naturgemäss sind diese complicirter  
 bauten technischen Hilfsmittel des Krankencomforts auch ziemlich

kostspielig; sie eignen sich daher ausschliesslich zur Verwendung in Krankenanstalten, können hier aber ausgezeichnete Dienste leisten, indem dem Kranken viele Störung und Unbequemlichkeit ersparen. Gerade diese Geräthschaften, welche die Ausführung zusammengesetzter, schwieriger Bewegungen und Ortsveränderungen des Kranken in leicher und schonender Weise gestatten, sind ein in die Augen fallender Beweis für das hohe Niveau der Vervollkommnung, welches die Hilfsmittel des Krankencomforts in der Gegenwart erreicht haben.

### 5. Fürsorge für den Krankencomfort im Privathause.

In den vorhergehenden Abschnitten haben wir versucht einen eingehenderen Ueberblick über alle diejenigen materiellen Hilfsmittel der Krankenpflege zu geben, welche gegenwärtig insbesondere in den Krankenanstalten in Bereitschaft gesetzt werden können, um die unbelebte Umgebung und die von ihr auf den Kranken ausgeübten Einwirkungen zu gestalten, wie es für einen möglichst günstigen Verlauf der Krankheit wünschenswerth ist. Wir haben die Einrichtung und Ausstattung der eigentlichen Krankenräume, der Nebenräume, die Umgebung der Hospitäler, sowie das für specielle Maassnahmen der Krankenpflege zur Verwendung gelangende Armamentarium des Krankencomforts seinem heutigen Niveau zu schildern gesucht und erkannt, dass die Fürsorge auf dem Gebiete des Krankencomforts im Hospitale bereits auf einem sehr hohen Standpunkt angelangt ist, dass der Umfang der materiellen Hilfsmittel ein ausserordentlich grosser geworden ist, so dass eine absolut lückenlose Beschreibung derselben kaum ausführbar scheint und wir uns begnügen mussten, das Wichtigste und Charakteristischste herauszuheben, um einen einigermaassen vollständigen Ueberblick zu geben. Es wurde bereits weiter oben angedeutet, dass die Hospitalfürsorge auf diesem Gebiete in der Gegenwart zweifellos den Höhepunkt der Entwicklung repräsentirt und den Stand der Fürsorge im Privathause sehr erheblich überflügelt hat. Leider findet eine angemessigere Verwerthung und Anwendung der technischen Hilfsmittel der Krankenpflege bisher in den einzelnen Familien nur in sehr bescheidenem Maasse statt, theils weil die Kosten der Herbeischaffung der wichtigsten Unterstützungsmittel für die Krankenbehandlung geschätzt werden, theils auch, weil die Kenntniss derselben bisher sowohl bei Aerzten als den Laien eine unzureichende war und ihr therapeutischer Werth unterschätzt wurde. Nun würde es ja eine ganz unbillige Forderung und noch dazu eine durchaus unausführbare sein, wollte man verlangen, dass in jeder Familie bei eintretender Erkrankung alle zahlreichen und häufig ihrer complicirten Construction oder auch ihrer werthvollen Grundmaterialien halber kostspieligen Zurüstungen und Vorrichtungen angeschafft werden sollten, welche weiter oben beschrie-

sind. Aber es wird doch nöthig sein, die Wege ausfindig zu machen und auf ihnen fortzuschreiten, deren Betreten es ermöglicht, auch in der Privatkrankenpflege dem Kranken ein höheres Maass Comfort dargeboten werden kann. Dem Wohlhabenden steht es ja schon jederzeit, wie auch in früheren Zeiten, frei, alle die Hilfsmittel in vollem Umfange herbeizuschaffen, welche die Wissenschaft im Fortschritt mit der Technik liefert. Aber bei geringeren Geldmitteln und besonders in der Armenpflege stösst die Zuführung derselben auf erhebliche Schwierigkeiten. Hier gilt es geeignete Abhilfe zu schaffen. Es steht fest, dass sich in der Krankenbehandlung auch günstige Erfolge erzielen lassen, ohne dass das ganze schwere Geschütz des Krankencomforts in Bewegung gesetzt wird. Man muss sich immer bewusst halten, dass im Krankenhause Alles von vornherein auf die Bedürfnisse der kranken Insassen zugeschnitten ist, während im Privathause man meist noch gar keine Vorsorge Platz gegriffen hat für den Fall, dass Jemand krank wird. Da ist es schon ein wesentlicher Fortschritt, wenn es gelingt, wenigstens stets mässigen Ansprüchen an den Krankencomfort zu werden. Die Bereitstellung eines besonderen „Krankenraumes“ eigens für Krankenzwecke lässt sich selbst in besser situirten Familien nicht durchführen, geschweige denn in der weniger bemittelten Bevölkerung, die doch räumlich meist sehr beschränkt wohnt. Der Kranke thut zweifellos besser daran, im Krankheitsfalle eine öffentliche Krankenanstalt, die ihm alle Hilfsmittel der Krankenpflege in reichem Masse bietet, aufzusuchen, als sich den Beschränkungen und Belästigungen zu unterziehen, die sich in seiner Behausung nicht vermeiden lassen. In den Mittelkreisen kann aber mit Recht verlangt werden, dass dem Kranken wenigstens das absolut nothwendige Maass an Comfort dargeboten werde. Und in der That lässt sich auch bei beschränkteren Mitteln in dieser Hinsicht Vieles erreichen, wenn nur in der richtigen Richtung Hand angelegt wird. Ist schon die Bereitstellung eines permanenten Krankenraumes unmöglich, so sollte wenigstens dafür nach Kräften gesorgt werden, den vorübergehend als Krankenzimmer in Anspruch genommenen Raum so auszuwählen und zu gestalten, dass er einigermaßen den Anforderungen der wissenschaftlichen Krankenpflege entspricht. In dieser Hinsicht ist zu wünschen, worauf schon M. Mendelssohn (Comf. d. Kranken pag. 7) hingewiesen hat, dass gerade das Zimmer der Wohnung als Krankenzimmer genommen wird, dass dem Kranken so ein heller Aufenthaltsort mit möglichst grossem Luftumfange dargeboten wird. Auch auf die Umgebung des Krankenzimmers zu achten sein, damit dem Kranken nicht die ihm so nöthige und erquickende Ruhe fehle, für die im Krankenhause ja durch dessen Anordnung und Organisation gesorgt ist, die aber im Privathause sehr häufig durch laute Nachbarschaft beeinträchtigt wird. Auf diesen Punkt, der von grosser Wichtigkeit ist, ist in der letzten Zeit wiederholt aufmerksam gemacht worden (vgl. M. Mendelssohn, l. c. pag. 14; ferner

A. Kühner, Die Ruhe als Forderung der Krankenpflege, Zeitschr. Krankenpfl. 1895. pag. 376, G. A. Hawkins-Ambler, Die vornehm Kunst Kranke zu pflegen, in meiner Bearbeitung, 1897 bei H. Kornfel in Berlin erschienen, pag. 33); an den citirten Stellen wird mit Recht hervorgehoben, dass es z. B. nicht rathsam ist, einen Schwerkranken in einem Zimmer unterzubringen, welches dicht an der Treppe oder an dem Hausflur gelegen ist, da es ohne weiteres einleuchtet, dass der Kranke durch das viele Auf- und Niederlaufen auf der Treppe sowie das häufige Oeffnen und Schliessen der Wohnungs- und Hausthür in empfindlichster Weise gestört werden muss. Ist doch ein Kranker im Allgemeinen viel empfindlicher als ein gesunder Mensch. Besonders heftig und ungünstig wirkt ein plötzlicher unerwarteter Lärm auf ihn ein, aber auch länger dauernde gleichförmige Geräusche, die an das Krankenbett dringen, können ihm unerträgliche Qualen verursachen. Laute Gespräche in der Nachbarschaft, Zänkereien auf der Treppe, Kindergeschrei, Musikübungen können ihm Kopfschmerzen machen und den ersehnten Schlaf rauben. Man wird daher, wenn dies irgend möglich ist, auch nicht ein Zimmer zum Aufenthalte für einen Schwerkranken wählen, welches neben der Küche oder neben einer Werkstätte gelegen ist, da das häufige Tellergeklapper, sowie das Klopfen und Bohren und Herumhantiren in diesen Räumen auf den Kranken schädlich einwirken kann. Auch das von der Strasse heraufdringende Geräusch kann sich oft sehr störend erweisen. Vieles Hin- und Herfahren von Wagen, besonders auf holprigem Pflaster (auf dem Lande und in kleinen Städten), vor allem aber von rasselnden und knarrenden beladenen Lastwagen, Geklingel von Pferdebahnen, Schreien und Ausrufen von Zeitungen und ähnlichen Verkaufsartikeln, Peitschenknallen und Hundegebell, das Pfeifen und Getöse benachbarter Fabriken vereinigen sich in der Grossstadt nicht selten zu einem fast unausgesetzten geräuschvollen Tondurch einander, dessen Ertragung schon für den Gesunden ziemlich stark Nerven zur Voraussetzung hat; um wie viel mehr muss ein Kranker unter derartigen Uebelständen leiden! Es wird daher oft zu empfehlen sein, den Kranken nicht in einem Zimmer zu betten, dessen Fenster nach der Strasse zu gerichtet ist, sondern lieber in einem solchen, das nach einem ruhigen grossen Hofe oder Garten hin liegt. Im Uebrigen kann man für die Ruhe des Kranken im Privathause auch dadurch etwas thun, dass man schrilltönende Glocken in der Wohnung umwickelt, elektrische Klingeln und das Telephon ausser Betrieb gesetzt, knarrende Fenster in Ordnung bringt und die unruhigen Nachbarn freundlich bittend einige Rücksicht auf den Kranken zu nehmen; auch ein ermahnendes Zettel an der Eingangsthür wirkt Gutes. Alle diese kleinen technischen Maassnahmen und Umgestaltungen in der Umgebung des Kranken sind überall ausführbar, machen keine Kosten und sind doch im Stande dem Kranken ganz wesentliche Dienste zu leisten. Was Einrichtung und Ausstattung des Krankenzimmers selbst anlangt, so lässt sich auch

Lüften auch wirklich gute Luft in das Krankenzimmer zu bekommen, nicht aber, worin leider so häufig gefehlt wird, Luft aus engen, kleinen Höfen, die mit Kochgerüchen und anderen schädlichen Dünsten erfüllt ist. Auch über Heizung und Beleuchtung des Krankenzimmers ist dem bereits Gesagten nichts hinzuzufügen. Auch heute sind für private Krankenzimmer die Kachelöfen die besten Einrichtungen und eine gute Oellampe mit grossem Brenner bietet die beste künstliche Beleuchtung für diesen Raum, da sie die Luft am wenigsten verdirbt. Als Nachtlämpchen sind die kleinen auf Oelbrennern ruhenden, auf einem Blechkreuz befestigten Dochtlämpchen am meisten zu empfehlen. Was die sonstige Ausstattung des Krankenzimmers anlangt, so gilt wie im Hospitale auch im Privathause als Regel, dass alle überflüssigen Gegenstände, besonders aber solche, die Staubfänger wirken können und schwer zu reinigen sind, durch Entfernung sind. Nur die für die Pflege des Kranken nöthigen Gegenstände haben im Krankenzimmer Berechtigung. Natürlich darf man nicht so weit gehen, dass schliesslich ausser dem Bette nichts mehr im Zimmer verbleibt, denn sonst würde der Aufenthaltsort einen traurigen und kahlen Eindruck auf den Kranken machen. Wenn man so auf Teppiche, Portièren, Nippes, Polstermöbel und dergleichen einen Verzicht leisten wird, so sind doch geeignete Wandbilder, kleine grüne Zweige und ähnliche den Kranken erfreuende Hilfsmittel zum Krankencomforts wünschenswerth. Von Möbeln gehört ins Krankenzimmer nur das Krankenbett, ein Tisch für kleinere Utensilien der Kranken, ein bequemer Ruhestuhl für den Kranken, wenn er das Bett verlässt, und ein Divan fürs Umbetten. Die für bestimmte Maassnahmen der Krankenpflege hergestellten mannigfachen Apparate und Ge-

Erreichung dieses Zweckes erscheint uns die Verbreitung der wichtig Kenntnisse auf dem Gebiete der Krankenpflege durch Wort und Schrift in möglichst weiten Kreisen der Bevölkerung. Diese Belehrung, welche allein in der Lage ist, die heute noch herrschende Unkenntnis die schädlichen Vorurtheile, die die Durchführung einer vernünftigen Krankenpflege und Krankenbehandlung jetzt so sehr beeinträchtigen, zu zerstören, soll in die Hände bewährter und erfahrener Aerzte gelangen; nur dann wird sie im Stande sein, einen wirklich segensreichen Erfolg zu erzielen (vgl. P. Jacobsohn, Ueber öffentl. Sanitäts-Unricht. Verhandl. d. Deutsch. Gesellsch. f. öffentl. Gesundheitspfl. 1891).

---

## **2. Fürsorge auf dem Gebiete der Krankenwartung.**

Von

**Dr. Paul Jacobsohn in Berlin.**

### **1. Die Bedeutung der personellen Krankenpflege für die Krankenbehandlung.**

In gleichem Maasse wie der Krankencomfort hat auch die Krankenwartung in der letzten Zeit einen sehr bemerkenswerthen Aufschwung genommen. Nicht nur die unbelebte, sondern auch die belebte Umgebung des Kranken musste in einer höheren Ansprüchen genügenden Weise gestaltet werden, um alle in der Krankenpflege liegenden Hilfsmittel für die Therapie nutzbar zu machen. Erst die geschickte und kunstgerechte Anwendung der materiellen Unterstützungsmittel, wie sie der Krankencomfort bietet, durch die Hand eines geeigneten Krankenpflegepersonals kann sie zu voller Wirkung am Krankenbette bringen. In alten Zeiten konnte der Arzt selbst Tag und Nacht bei dem Kranken sitzen und ihm alle nöthigen Handreichungen und Hilfeleistungen persönlich darbringen, die gesammte Pflege und Wartung des Kranken bis zu den kleinsten Einzelheiten hinein selbst ausführen. Die gegenwärtigen Verhältnisse des Lebens aber gestatten dies nicht mehr, und so ergiebt sich die Nothwendigkeit für die zwischen den ärztlichen Krankenbesuchen verlaufende Zeit einen geeigneten Ersatz des Arztes zum Zwecke einer ununterbrochen fortdauernden, kunstgerechten Fürsorge für den Kranken zu beschaffen. Ein tüchtiger Arzt wird ja bei seinen Krankenbesuchen stets die Aufgaben und Forderungen der wissenschaftlich geordneten Krankenpflege eingedenk sein, er wird selbst auf scheinbare Kleinigkeiten sorgfältig achten, wird dem Kranken alle nur erdenklichen Erleichterungen zu Gute kommen lassen, wird im Umgang mit dem Kranken auf dessen geistiges Wohlbefinden in feiner, tactvoller, kluger und sorgsamer Weise Rücksicht nehmen, ihn zu erimuthigen, seine Widerstandskraft zu heben und auch hier und da bei der Ausführung von Maassnahmen der Krankenpflege selbst Hand anlegen. Aber trotzdem ist seine persönliche Einwirkung, seine unmittelbare Gegenwart keine dauernde, und so muss

er sich darauf beschränken, den Personen, die ihn am Krankenbette vertreten, zweckentsprechende Anordnungen zu geben und ihnen einen Theil der Krankenbehandlung, nämlich die Ausführung und Leistung der eigentlichen Krankenpflөгethätigkeit, anzuvertrauen. Hieraus ergibt sich als das Klarste, dass die Aerzte heutzutage ein sehr grosses und tiefgehendes Interesse daran nehmen müssen, für eine zweckmässige personelle Krankenwartung zu sorgen. Eine vortreffliche Krankenwartung ist als ein directer, wesentlicher Heilfactor in der Krankenbehandlung anzusehen, an dessen Vervollkommnung, Förderung und weiterer Ausgestaltung energisch mitzuarbeiten für den modernen Arzt eine ebenso lohnende als nothwendige Aufgabe darstellt. v. Leyden, der ein ausgesprochenes Gewicht in der Krankenbehandlung auf die Gestaltung der Umgebung des Kranken legt, hebt als einen der bemerkenswerthesten Punkte die Fürsorge für ein gutes Pflegepersonal hervor (v. Leyden Ueber Specialkrankenhäuser, pag. 9) und vindicirt der Existenz eines solchen einen nicht zu übersehenden Antheil an den Erfolgen der Krankenbehandlung überhaupt. In der That ist es, insbesondere für Schwerkranke, die längere Zeit ans Bett gefesselt sind, von in die Augen fallendem Werth stetig eine Person in ihrer Umgebung zu haben, die sich um sie bemüht, für ihre Bequemlichkeit sorgt, sie in kunstgerechter Weise lagert und unterstützt, ihnen liebevoll und freundlich Trost spendet und Muth zuspricht, sie mit geübten Augen überwacht und ihnen an kleinen Hilfeleistungen und Handreichungen in angenehmer und zweckmässiger Weise leistet. Ist doch auch die Gestaltung der unbelebten Umgebung des Kranken, die Einrichtung des Krankenzimmers, die Versorgung der technischen Hilfsmittel etc. zum Theil in die Hand der Pflegepersonen gelegt, hängt doch die Wirksamkeit aller Hilfeleistung und Handgriffe der Krankenpflege zum grossen Theile davon ab, dass sie in sorgsamer und geübter Weise am Kranken ausgeführt werden. Und weiter — die personelle Krankenwartung leistet, indem sie der Arzt am Krankenbett vertritt, noch eine andere wichtige Beihilfe der Krankenbehandlung dadurch, dass sie eine immerwährende Beobachtung des Kranken ermöglicht und viele wichtige Vorgänge im Krankheitsverlaufe dem Arzte zur Wahrnehmung und Verwerthung bringt, sich sonst seiner Kenntnissnahme entziehen würden. Die Krankenwartung kann durch die Berichterstattung, welche sie dem Arzte leistet, von grosser Bedeutung für die einzuschlagenden Pläne zur Heilung und für den Erfolg der Therapie werden; sie kann dem Kranken von grösstem Segen werden, wenn sie vermag plötzlichen Gefährdungen und Verschlimmerungen, die sich in Abwesenheit des Arztes ereignen, in geeigneter Weise entgegenzutreten und bei Zeiten ärztliche Hilfe, deren Nothwendigkeit sie erkannte, herbeizurufen. Aus diesen wenigen Bemerkungen geht klar hervor, welchen wichtigen Factor bei der Krankenbehandlung die Existenz einer guten Krankenwartung, eines tüchtigen Krankenpflegepersonals bildet.

Dementsprechend hat sich in den letzten Jahren in höherem Maasse



ende Aerzte wiederholt das unzureichende Niveau des damaligen  
enpflegepersonals beklagt — aber im Allgemeinen bekümmerten  
och die Aerzte lange Zeit hindurch recht wenig um die Lösung  
erhin gehörenden Fragen, da sie in der Thätigkeit der Kranken-  
ng gewissermaassen nur die handwerksmässige Ausübung einer  
ren Dienstleistung“ sahen, der sie keinen wesentlichen therapeu-  
1 Einfluss beimessen zu dürfen glaubten. Erst seit verhältniss-  
; kurzer Zeit, seitdem man überhaupt speciell auf den Ausbau  
igen Theiles der Therapeutik, den man als die Krankenpflege be-  
et, grösseren Werth legte, hat sich die Erkenntniss in den Kreisen  
erzte mehr und mehr Bahn gebrochen, dass die Thätigkeit des  
enpflegepersonals doch aus einem anderen Gesichtspunkte be-  
et werden müsse als dem vornehmer Geringachtung, nämlich aus  
Gesichtspunkte eingehender Werthschätzung und thatkräftiger För-  
; gemäss der erhöhten Bedeutung, welche die Krankenpflegethätig-  
ls therapeutischer Hilfs- und Heilfactor gewonnen hat. Während  
heren Zeiten die Krankenpflegepersonen auf keiner wesentlich  
en Stufe standen als ungebildete Diensthoten, sucht man heutz-  
dieselben zu eigentlichen Gehilfen des Arztes, zu „Heil-Gehilfen“  
sten Sinne des Wortes heranzubilden.

## 2. Die Aufgaben der Krankenwartung.

Die Aufgabe des Arztes ist es, Kranke zu behandeln und zu heilen,  
dies nach der Art der Erkrankung und dem Stande des therapeu-  
1 Fortschrittes möglich ist, die Aufgabe des Krankenpflegers oder  
rankenpflegerin ist es, den Arzt nach Kräften bei der Kranken-  
llung zu unterstützen. Der Arzt hat die Aufgabe, die Art der

pflege gemäss den ärztlichen Anordnungen darbietet. Durch die mittelbare Ausführung der zahlreichen Handgriffe am Körper des Kranken und die persönliche Darreichung der technischen Hilfsmittel gewinnt das Krankenpflegepersonal aber zweifellos einen gewissen Antheil an der Krankenbehandlung selbst, wenn auch ein selbstständiges Vorgehen in dieser Beziehung für gewöhnlich ausgeschlossen bleiben muss. Nur in Fällen dringender Gefahr, wenn der Arzt nicht schnell zur Hand ist, kann von diesem beschränkenden Grundsatz abgegangen und dem Pflegepersonal eine grössere Selbstständigkeit eingeräumt werden. Die maassgebende Leitung der Gesamtbehandlung muss jedenfalls in den Händen des Arztes bleiben. Andererseits würde es wiederum nicht richtig sein, wollte man die Thätigkeit des Krankenpflegepersonals zu einer rein mechanischen und handwerksmässigen herabdrücken. Es muss ein gewisser Spielraum für die Bethätigung besonderer fachlicher Befähigung und Intelligenz bestehen, sonst würde der Krankenpflegeberuf sicherlich stets auf einem ziemlich niederen Niveau bleiben und jede Anziehungskraft, besonders für gebildetere Elemente, einbüssen. Nicht willenlos Maschinen, sondern geschickte und brauchbare Gehilfen wünscht sich der Arzt am Krankenbette!

Die eigentliche und hauptsächlichste Aufgabe der Krankenwartung besteht unzweifelhaft darin, „den Kranken zu pflegen“, ihm sein Leiden nach besten Kräften zu lindern, für ihn, den Unbehilflichen und Schwachen, liebevoll zu sorgen, es ihm bequem und behaglich zu machen und seine Widerstandskraft so möglichst zu fördern. Dass des Krankenpflegers ureigenste Aufgabe darin besteht, die ihm anvertrauten Kranken zu pflegen, sagt schon sein Name. Gerade die Pflege des Kranken im engeren Sinne, die Möglichkeit als Pfleger oder Pflegerin persönlich dem Kranken ein „Helfer“ zu sein, bildet wohl die Hauptanziehung für einen Beruf, der im Uebrigen als ein recht schwieriger, gefahrvoller und verantwortungsreicher bezeichnet werden muss. Daher ist unbedingt von den Pflegepersonen zu verlangen, dass sie in der ausübenden Krankenpflege vor allem gute Kenntniss und Erfahrung besitzen. Eine fernere Aufgabe der Krankenwartung ist der Umgang mit dem Kranken. Es ist dies eine gewiss recht schwierige Aufgabe, und sie in vortrefflicher Weise zu erfüllen erfordert sicherlich einen noch höheren Grad von Intelligenz als die Leistung der technischen Pflegeethätigkeit. Der Arzt bleibt nur kurze Zeit bei dem Kranken, der Pfleger ist Tag und Nacht an seiner Bette beschäftigt. Von einem guten Arzte wird verlangt, dass er versteht, den Kranken zu ermuthigen und sein Vertrauen zu stärken. In wie viel höherem Grade erwächst diese Pflicht dem Pfleger, der die langen Stunden des Schmerzes, der bänglichen Angst, der Enttäuschung, der Ungeduld, der trüben Stimmungen mit dem Kranken theilt, der tausend seinen Zustand betreffenden Fragen, die der Kranke dem Arzte nicht vorlegen kann oder nicht vorzulegen wagt, in taktvoller und unschätzblicher Weise beantworten und die rechten Worte des Trostes und der Beruhigung finden können muss. Gerade in dieser Hinsicht kann viel

Wird es erst einmal als feststehend betrachtet, dass die personelle Krankenwartung einen wichtigen Hilfsfactor in der Krankenbehandlung stellt, so ergiebt sich für den Arzt die unabweisbare Nothwendigkeit der Sorge zu tragen, dass dieser „Heilfactor“ sich auf einem Niveau befindet, das den heutigen Forderungen der wissenschaftlichen Krankenpflege voll und ganz entspricht und in der That in der Lage ist, diejenigen Aufgaben in wünschenswerthem Maasse zu erfüllen und zu überwachen, welche vorstehend kurz besprochen worden sind. Der Arzt ist gezwungen und berechtigt an diejenigen Personen, welche als seine Gehilfen dem Berufe der Krankenwartung widmen wollen, eine Reihe von Anforderungen zu stellen, denen die Pflegepersonen entsprechen müssen, wenn anders sie eine Gewähr dafür bieten sollen, dass dem Kranken und dem Arzte das sind, was sie nach den obigen Forderungen sein sollen. Die ärztlichen Anforderungen lassen sich am besten in vier getrennte Gruppen eintheilen: 1. Anforderungen in ethischer Beziehung. 2. Anforderungen in intellectueller Beziehung. 3. Anforderungen in physischer Beziehung. 4. Anforderungen in technischer Beziehung.

### 3. Die ärztlichen Anforderungen an die Krankenwartung.

Wird es erst einmal als feststehend betrachtet, dass die personelle Krankenwartung einen wichtigen Hilfsfactor in der Krankenbehandlung stellt, so ergiebt sich für den Arzt die unabweisbare Nothwendigkeit der Sorge zu tragen, dass dieser „Heilfactor“ sich auf einem Niveau befindet, das den heutigen Forderungen der wissenschaftlichen Krankenpflege voll und ganz entspricht und in der That in der Lage ist, diejenigen Aufgaben in wünschenswerthem Maasse zu erfüllen und zu überwachen, welche vorstehend kurz besprochen worden sind. Der Arzt ist gezwungen und berechtigt an diejenigen Personen, welche als seine Gehilfen dem Berufe der Krankenwartung widmen wollen, eine Reihe von Anforderungen zu stellen, denen die Pflegepersonen entsprechen müssen, wenn anders sie eine Gewähr dafür bieten sollen, dass dem Kranken und dem Arzte das sind, was sie nach den obigen Forderungen sein sollen. Die ärztlichen Anforderungen lassen sich am besten in vier getrennte Gruppen eintheilen: 1. Anforderungen in ethischer Beziehung. 2. Anforderungen in intellectueller Beziehung. 3. Anforderungen in physischer Beziehung. 4. Anforderungen in technischer Beziehung.

Mit demselben Rechte, mit dem verlangt wird, dass den ärztlichen Beruf nur solche Personen ergreifen, deren sittliche Qualität sie hierzu befähigt, lässt sich die Forderung aufstellen, dass auch dem Krankenpflegeberufe sich nur solche Personen widmen, welche durch ihr Charakteranlage und den Grad von „Herzensbildung“, den sie besitzen die Gewähr dafür bieten, dass sie der hohen Verantwortlichkeit ihres Berufes bei seiner Ausübung stets eingedenk sein und die vielen Pflichten, welche mit dem Berufe untrennbar verbunden sind, mit Opferfreudigkeit und Treue erfüllen werden. Hieraus ergibt sich, dass es nothwendig ist, eine geeignete Auswahl unter den Berufsaspiranten zu treffen und Vorkehrungen durchzuführen, welche verhindern, dass Personen in den Krankenpflegeberuf eintreten, die in ethischer Hinsicht nicht die hierfür nöthige Qualifikation besitzen. Dieses Ziel zu erreichen ist aber keineswegs leicht, und über die Wege, die zu diesem Behufe zu beschreiten sind, herrscht noch eine grosse Meinungsverschiedenheit. Die Einen vertreten die Ansicht, dass man nur Personen aus gebildeten Kreisen zur Krankenpflege heranziehen solle, bei denen schon die im elterlichen Hause genossene Erziehung und die bessere Schulbildung eine gewisse Gewähr für die sittlichen Fähigkeiten biete, die Anderen meinen, dass auch Personen aus einfacheren Kreisen mit guter Volksschulbildung sich im Krankenpflegeberufe in zufriedenstellender Weise bethätigen können, wenn sie nur diejenigen natürlichen Charaktereigenschaften besitzen, die gerade für den Krankenpflegeberuf von ausserordentlichem Werth sind und da, wo sie nicht von vornherein vorhanden sind, auch nicht durch eine höhere Schulbildung ersetzt werden können. Es will uns scheinen, dass die letztere Auffassung die richtigere sei; denn gerade diejenigen Eigenschaften, welche vom ärztlichen Standpunkt in ethischer Beziehung von der Krankenwartung gefordert werden müssen: Fürsorglichkeit, Selbstlosigkeit, Geduld, Theilnahme, Entschlossenheit, Pflichttreue, Ausdauer, ernste Auffassung des Berufes, können kaum angelernt werden, sondern müssen vielmehr angeboren sein. Nicht als ob die so samere Erziehung im Elternhause, gefördert durch gutes Beispiel, zu unterschätzen wäre oder ob angenommen werden solle, dass bessere Schenkennisse für das Krankenpflegepersonal weniger nützlich und wünschwerth seien, -- beide Momente können auch in diesem Berufe sehr Statten kommen -- aber die wesentlichste Grundbedingung für die Eignung zur Krankenpflege bleibt immer die natürliche Charakteranlage. Insbesondere die sog. „höhere Bildung“ in dem Sinne, wie dieser Ausdruck jetzt häufig gebraucht -- oder vielleicht besser -- gemissbraucht wird, oftmals nur in einem ziemlich oberflächlichen Herumnaschen auf allen möglichen Wissensgebieten besteht, hat für die Krankenpflege keinen ausschlaggebenden Werth. Freilich sollen ja die Krankenpflegepersonen in der That zur Zerstreung, Ablenkung und Unterhaltung des Kranken beitragen, indem sie ihm aus einem geeigneten Buche vorlesen und ihm über Dies und Jenes plaudern, wenn der Krankheitszustand es gestattet. Aber diesen Ansprüchen können auch Personen, welche

der gesund zu werden, alle übrigen Bedürfnisse erheblich zurück!  
st doch auch schwer einzusehen, warum zur Abwartung und  
des krank darniederliegenden, an die einfachste Lebenshaltung  
n Landarbeiters unbedingt eine Krankenpflegeperson erforderlich  
he geläufig französisch und englisch spricht und die Dichtungen  
ersten Poëten auswendig weiss. Hier wird eine einfacheren  
entstammende, mit der erforderlichen natürlichen Begabung und  
ndlichen Fachausbildung versehene Pflegeperson sicherlich mehr  
ze sein und sich allen Anforderungen hinreichend gewachsen  
Nun ergibt sich aber die Schwierigkeit, dass Personen, deren  
e Charaktereigenschaften sie in hervorragendem Maasse gerade  
Krankenpflegeberuf geeignet erscheinen lassen, gar nicht so  
zutreffen sind, als dies bei der ungeheuren Zahl der überhaupt  
enden Erkrankungen zu wünschen wäre, und es würde daher  
gel an geeignetem Pflegepersonal ein ausserordentlich grosser und  
sein müssen, wenn man sich allein auf diejenigen Personen  
zen würde, welche ein ausgesprochenes Talent für die Kranken-  
d eine besondere angeborene Begabung gerade für diesen Beruf  
n. Glücklicherweise hat aber die Erfahrung gezeigt, dass sich  
e länger dauernde geeignete Schulung und specielle Berufserziehung  
vielen Personen, deren angeborene Befähigung für den Kranken-  
af in der oder jener Beziehung zu wünschen übrig lässt, doch eine  
enswerthe Stufe beruflicher Tüchtigkeit erreichen lässt, so dass  
ffenden alsdann in der Lage sind, die ihnen erwachsenden Auf-  
durchaus zufriedenstellender Weise zu erfüllen, selbstverständ-  
nur bei vorhandenem guten Willen und dem nöthigen Eifer. Natur-  
macht sich auch hierin eine Grenze bemerkbar, und Personen.



Werth, und die Bereitwilligkeit zu ihrer treuen und consequenten Befolgung muss geradezu als eine nothwendige Vorbedingung für eine erfolgreiche Bethätigung in ihm angesehen werden. Auf eine weitgehende Ausbildung dieser ethischen Fähigkeiten muss bei der Facherziehung das grösste Gewicht gelegt werden.

#### b) Intellectuelle Anforderungen.

Natürliche Intelligenz ist in jedem Berufe von grossem Vortheile auch in der Krankenpflege trägt sie wesentlich dazu bei, das Niveau der Leistungsfähigkeit zu heben. Die Pflegepersonen müssen einen klaren Blick dafür haben, was dem Kranken im einzelnen Falle seine Leiden erleichtern, seine Lage verbessern könnte, was sie aus dem Schatze der ihnen zur Verfügung stehenden Pflegemittel am besten auswählen sollen. Noch mehr aber als das „Was“, bei dem ja doch immer der behandelnde Arzt das Hauptwort zu sprechen hat, kann das „Wie“ der Ausführung Ansprüche an die Intelligenz der Pflegepersonen stellen. Besitzen sie die Fähigkeit, die Bestrebungen des Arztes richtig aufzufassen und seinen Absichten in treffender Weise Verständniss entgegenzubringen, so können sie ihn in viel weitergehendem Maasse unterstützen als wenn sie ihre Thätigkeit ohne eigenes Nachdenken nur maschinenmässig vollführen. Es kann im Hinblick auf eine möglichst geeignete Ausführung der Krankenpflegemaassnahmen nur von Vortheil sein, wenn die Pflegerinnen und Pfleger einigermaassen den Gründen folgen können, welche für die ihnen übertragenen Thätigkeiten vorliegen, und die Zwecke, die mit ihrer Vornahme verfolgt werden. Denn diese Kenntniss flosst ihnen nicht nur mehr Liebe zur Sache und Interesse für ihre Berufsthätigkeit ein, sondern giebt ihnen auch die Möglichkeit, die Leistung der einzelnen Handreichungen etc. in noch zweckmässiger Weise zu bewerkstelligen. Auch das feine Taktgefühl, das als ein grosser Vorzug bei der Krankenpflegeethätigkeit angesehen wird, basirt zum Theil, soweit es nicht instinctiv ist, auf der Fähigkeit in subtiler Weise zu überlegen, welches Verhalten in schwierigen Momenten dem für den Kranken vortheilhafteste ist, ist also gleichfalls auf intellectuellen Vorzügen gegründet. Ebenso wird die geistig befähigtere Pflegeperson eine grössere Umsicht bei der Krankenwartung an den Tag legen, sie wird in höherem Grade in der Lage sein, alle Kleinigkeiten zu überblicken, alle Verhältnisse in der Umgebung des Kranken unter einheitlichem Gesichtspunkt zu ordnen. Sie wird auch vermögen, sich ihr Tagewerk in geeigneterer Weise einzutheilen, schliesslich wird es ihr auch eher gelingen, im Umgange mit dem Kranken sich in dessen Lage in dessen Empfindungen und Gefühle hineinzudenken und diesen Momenten verständnissvoll Rechnung zu tragen.

#### c) Physische Anforderungen.

Da die Krankenpflegeethätigkeit untrennbar mit der Leistung körperlicher Anstrengungen und geistiger Anspannung mannigfacher Art verbunden ist,

ist, ferner die Pflegepersonen häufig in dauernden nahen Verkehr steckenden Kranken bringt, so muss der Arzt auch an die physische Qualität der berufsmässigen Pfleger und Pflegerinnen gewisse un-  
 iche Ansprüche stellen, welche sowohl im Hinblick auf eine hin-  
 ige Leistungsfähigkeit am Krankenbette, also aus therapeutischen  
 ungen heraus, als auch im Interesse der sich der ausübenden  
 enpflege Widmenden selbst geboten sind. Der Krankenpflegeberuf  
 ert einen absolut gesunden und widerstandsfähigen körperlichen  
 nd. Nur ein Gesunder kann einem Kranken helfen gesund zu  
 n. Wer Kranke gut warten und pflegen will, muss aller Sorgen,  
 er eigene körperliche Zustand hervorruft, überhoben sein, weil er  
 sonst nicht mit aller Kraft in seiner Fürsorge dem Kranken zu-  
 en kann. Die Pflegeethätigkeit hat die Fähigkeit körperliche An-  
 ungen, ja Strapazen (Nachtwachen!) ohne Schaden ertragen zu  
 en zur Voraussetzung, sie verlangt körperliche und geistige Spann-  
 , Behendigkeit, Elasticität in den Bewegungen und in der Reaction  
 psychische Einwirkungen. Schwächliche, mit Gebrechen behaftete,  
 iche Personen sind für die Krankenpflege nicht zu verwenden,  
 owenig Nervöse. Auch die Einwirkung auf den Kranken verdient  
 ei Berücksichtigung. In die Hand von Personen, die geistig und  
 rlich frisch sind und einen „Hauch von Gesundheit“ ausstrahlen,  
 der Kranke gern, beruhigt und voll Vertrauen die Sorge für sein  
 , die kraftvolle Ruhe des Gesunden ermuthigt ihn, sein psychisches  
 bmaass, seine lebensfrohe Heiterkeit stärkt das Vertrauen des  
 en. Die Krankenpflege ist zweifellos eine Berufsthätigkeit, die  
 nur Anstrengungen erfordert, sondern auch mit gesundheitlichen  
 ren verbunden ist, mehr als die meisten anderen Berufe. Sie  
 t auch hierin, wie in so Vielem, dem Berufe des Arztes. Nur ist  
 sser Frage, dass die Möglichkeit sich am Krankenbette zu in-  
 n für die Krankenpflegepersonen ungleich grösser ist als für den  
 da sie andauernd, Tag und Nacht, in der nächsten Umgebung  
 rranken thätig sind und mit seinem Körper in eine öftere und  
 re Berührung kommen als er. Auch aus diesem Grunde muss  
 rzt Werth darauf legen, dass die Krankenpflegepersonen eine gute  
 rliche Widerstandsfähigkeit und eine geeignete Constitution be-  
 . Und so ergibt sich die Regel, dass eine durch gründliche ärzt-  
 Begutachtung geprüfte Gesundheit mit zu den nothwendigen Anfor-  
 zen für die personelle Krankenwartung gehört. Desgleichen müssen  
 ch der Krankenpflege Widmenden in einem geeigneten Lebensalter  
 n. Ein Beruf, der an die physische Leistungsfähigkeit erhebliche  
 rüche stellt, verlangt das Einsetzen der Vollkraft und Rüstigkeit.  
 Pflegepersonal soll weder zu alt noch zu jung sein. Auf diesen  
 t muss besonders auch beim Eintritt in den Beruf geachtet werden.  
 mein wird heute als das geeignetste Lebensalter für die Aufnahme  
 Pflegeethätigkeit der Zeitraum vom 23.—30. Lebensjahre betrachtet,  
 die meisten Krankenpflege-Organisationen legen diese Norm in ihren

Satzungen zu Grunde. Gegen das 45.—50. Lebensjahr hin nimmt die körperliche Leistungsfähigkeit gewöhnlich in dem Maasse ab, dass die Befähigung zum berufsmässigen Pflegen von Kranken vermindert bezw. aufgehoben wird. Auch zu jugendliche Personen eignen sich zur Wartung der Kranken nicht, weil das Urtheil über den dauernden körperlichen Zustand und die Resistenzfähigkeit hier noch zu schwierig ist und dann besitzen jugendliche Personen auch kaum den für diesen Beruf nöthigen sittlichen Ernst und die erforderliche Selbstbeherrschung.

#### d) Technische Anforderungen.

Heutzutage, wo man erkannt hat, dass der Qualität der personeller Krankenwartung ein so erheblicher Werth in therapeutischer Beziehung beizumessen ist, hat man von ärztlicher Seite mit besonderem Nachdruck darauf hingewiesen, dass die technischen Anforderungen an das Pflegepersonal erheblich höhere sein müssen, als man sie in früheren Zeiten für nöthig hielt. Um die weiter oben erörterten Aufgaben in zufriedenstellender Weise erfüllen zu können, müssen die Pflegepersonen sowohl eine nicht geringe Summe von Fachkenntnissen als auch eine hinreichend lange und hinreichend gründliche practische Erfahrung am Krankenbette besitzen. Nach beiden Richtungen hin ist eine berufliche Schulung und Ausbildung erforderlich, die sich über einen längeren Zeitraum erstreckt, um am Abschluss dieser „Lehrzeit“ eine gewisse Garantie dafür zu haben, dass die berufliche und insbesondere die berufstechnische Tüchtigkeit eine wünschenswerthe Höhe erreicht hat. Die Hauptsache bei der technischen Ausbildung für die Krankenwartung ist unzweifelhaft die practische Bethätigung am Krankenbette, welche am besten Gelegenheit giebt die mannigfachen und vielseitigen Anforderungen der Krankenpflegeethätigkeit genau kennen zu lernen. Die practische Bethätigung, das „Dienen von der Pike auf“, bietet die Möglichkeit, sich in allen technischen Handreichungen, Hilfeleistungen, Fertigkeiten durch Uebung geschickt zu machen, alle die so eigenartigen Situationen durchzuleben, die bei der Ausübung der Pflegeethätigkeit in Frage kommen; sie gestattet den Umgang mit kranken Menschen zu erlernen, sie gewährt Einblick in die Verantwortlichkeit des Berufes, in seine Leiden und Freuden, seine Aufgaben und Ziele. Sie macht die Hand leicht und geschickt, das Auge scharf, das Handeln entschlossen. Die Praxis am Krankenbette lehrt das, was keine theoretische Unterweisung lehren kann, und giebt die eigentliche „Berufserfahrung“, ohne die eine berufsmässige erspriessliche Pflegeethätigkeit undenkbar ist. Theoretisch erworbene Kenntnisse allein können, selbst wenn sie noch so umfassend sind, niemals für die berufsmässige Ausübung der Krankenpflege nügen. Die practische Erlernung der Krankenpflege geht am besten grösseren Krankenanstalten vor sich, in denen Gelegenheit ist, möglichst verschiedenartige Erkrankungsfälle zu sehen und insbesondere auch die Pflege Schwerkranker zu üben. Entsprechend den Aufgaben, welche die personelle Krankenwartung für die Krankenbehandlung zu



ziehung, Leistung kleiner Handreichungen und Hilfen beim Auf-  
en, Umbetten, Baden, bei den Entleerungen, beim Transport der  
ken etc. 5. Erste Hilfeleistung bei plötzlicher Lebensgefahr und  
ücksfällen. 6. Leistung von Nachtwachen. 7. Umgang mit Kranken.  
Verhalten bei der Pflege ansteckender Kranker (Desinfection).  
Chirurgische Pflege: Vorbereitung zu Operationen, Hilfe bei Opera-  
en und Verbänden. 10. Specielle Pflege von Wöchnerinnen, kleinen  
dem, Geisteskranken etc.

#### **4. Geistliche und weltliche Krankenpflege.**

Wenn auch bereits mehrere Jahrhunderte vor der Entstehung und  
breitung des Christenthums in Indien Krankenanstalten bestanden,  
che mit Aerzten und Verpflegungsvorräthen versehen waren (vgl.  
trich, Geschichtl. Entwicklung d. Krankenpflege. Dieses Handbuch  
I. pag. 1) und in den Schriften des alten Testaments (3. Mose  
17) die Nächstenliebe als eine Pflicht jedes rechtschaffenen Mannes  
achtet wird, so sind doch unstreitig die ersten Spuren dauernder ge-  
eter Krankenfürsorge und die ersten Organisationen für die perso-  
Krankenwartung auf dem Boden der christlichen Kirche zu finden.  
wurden durch die weiterschreitende Propagation des Christenthums  
bendlande allmählich in ausgedehnterem Maasse verbreitet. Auf  
lichem Boden begründeten sich die ersten Vereinigungen, deren  
telbarer Zweck es wurde die Leiden armer Kranker durch per-  
hen Beistand zu lindern und durch Bethätigung werkhätiger, auf-  
der Nächstenliebe mittellosen Kranken Trost und Hilfe zu spenden.  
rste Form, in welcher eine personelle Pflege der Kranken in den

den Trost der Religion darzubringen. Von einer sachgemässen u kunstgerechten eigentlichen Krankenwartung, wie sie heutzutage ein wichtigen Factor der gesammten Krankenbehandlung repräsentirt, kann naturgemäss zu jenen Zeiten noch keine Rede sein, da bei dem damaligen frühen Entwicklungsstadium medicinischer Erkenntniss auch ein wissenschaftlich geordnete Krankenpflege, wie sie heute ärztlicherseits gefordert werden muss, noch in weiter Ferne war. Die zweite Form persönlicher Bethätigung auf dem Gebiete der Krankenpflege, welche die fortschreitende Culturentwicklung schuf, die Hospitalkrankenpflege bildete sich erst im Mittelalter heraus, nachdem die Unterbringung kranker Personen in besonderen Krankenhäusern, Krankenherbergen Hospizen mehr und mehr zur Gewohnheit geworden war. Aus der sog. „Gasthäusern“, welche schon im 7., 8. und 9. Jahrhundert in grösserer Anzahl im Morgen- wie im Abendlande zur Aufnahme armer und kranker Wanderer und Pilger von weltlichen Machhabern in Verbindung mit geistlichen Ordensleitern begründet wurde entstanden im 11. und 12. Jahrhundert die ersten grösseren Krankenhäuser im modernen Sinne, welche nunmehr auch mit den Einrichtungen versehen werden mussten, welche eine zweckentsprechende Pflege der Kranken erfordert. Es ergab sich die Nothwendigkeit, die damaligen Hospitäler aus Armenherbergen in Krankenbehandlungsanstalten umzuwandeln. Um dem neuen Zwecke zu entsprechen, war es erforderlich, dass die Krankenhäuser nicht nur in Bezug auf ihre bauliche Beschaffenheit und ihre innere Einrichtung reicher ausgestattet, sondern auch dauernd mit geeigneten Personen besetzt wurden, welche sich der persönlichen Beistände der kranken Insassen widmeten. So lag die personelle Pflege der Kranken in der Folge in den Händen der Mitglieder der zahlreichen geistlichen Ordensgenossenschaften, welche nicht nur die Begründung vieler reich ausgestatteter Hospitäler in der damaligen Zeit zu verdanken ist, deren Angehörige vielmehr auch in der von den betreffenden Orden eingerichteten Hospitälern in selbstloser und aufopfernder Weise die Krankenpflege practisch ausübten. In geistlichen Orden des Mittelalters dürfen das Verdienst für sich in Anspruch nehmen, zum ersten Male brauchbare Krankenpfleger und -Pfegerinnen von gleichmässiger Leistungsfähigkeit und geordneter Organisation geschaffen zu haben, die sich Jahrhunderte hindurch als die beste zur Verfügung stehende Krankenpflegepersonal bewährt haben. Zahlreiche bürgerliche und ritterliche Bruderschaften und Schwesterschaften vereinigten sich ebenfalls zur Ausübung der Krankenpflege eines gottgefälligen Werkes unter dem Schutze und der Leitung der Kirche und bildeten die mit dem gemeinsamen Namen der Hospitaler und Hospitaliterinnen belegten Genossenschaften. Viele der im Mittelalter begründeten frommen Krankenpflegeorden bestehen noch heute und entfalten eine umfassende Wirksamkeit in den katholischen Landestheilen Deutschlands auf dem Gebiete der personellen Krankenwartung, so z. B. die Alexianer, die barmherzigen Brüder (vom Orden Johannes von Go-

nziscaner, ferner die armen Dienstmägde Christi, die Borromäe-  
die Clemensschwwestern, Cellitinnen, Elisabethinerinnen, Vincen-  
en, Dominikanerinnen, Franziskanerinnen etc., ebenso in Oesterreich  
tschritter. Auch in den der Reformation folgenden Jahrhunderten  
die katholischen Orden, in ihrer Gesammtheit kurzweg als „barm-  
Schwestern und barmherzige Brüder“ bezeichnet, dauernd eine  
agende Stellung auf dem Felde der personellen Krankenwartung  
tet. Die evangelische Kirche besitzt gleichwerthige Organisationen  
bisher erwähnten katholischen erst seit den ersten Jahrzehnten  
Jahrhunderts, insbesondere seit der Begründung der Diakonen-  
akonissen-Anstalten (1833 und 1836), deren ausgebildete Brüder  
nen) und Schwestern (Diakonissen) zum grössten Theile seither  
protestantischen Ländern eine sehr ausgedehnte Krankenpflege-  
zeit entwickelt haben. Später (1853) trat zu diesen evangelisch-  
chen Organisationen noch die Adelsgenossenschaft der Johanniter.  
eben diesen auf ausgesprochen kirchlicher Grundlage ruhenden  
sationen, welche, abgesehen von ihrer Wirksamkeit auf sonstigen  
llen Hilfs- und Pflegegebieten, wie in der Armenpflege, Magda-  
llege, Waisenpflege, Gefangenenpflege etc., auch Pflegekräfte für  
ersonelle Krankenpflege heranbilden und der Oeffentlichkeit zur  
gung stellen, haben sich seit dem Beginn des 19. Jahrhunderts  
weltliche Krankenpflegeorganisationen entwickelt, welche weder  
eistlicher Seite begründet worden sind noch auch in direktem Zu-  
nhange mit kirchlichen Institutionen stehen, sondern vielmehr in  
chen Vereinen ihren Ausgangspunkt haben, die unter dem Schutze  
cher Persönlichkeiten, einflussreicher Staatsbeamter und hervor-  
der Organisatoren begründet und einem sehr erfreulichen und  
reichen Gedeihen zugeleitet worden sind. Es sind dies Verbände  
Frauen und Jungfrauen aller Stände, welche sich die Aufgabe  
n besonders in Kriegszeiten und anderen über das Land herein-  
enden Nothständen, bei denen sich der Mangel hinreichender per-  
er Krankenpflege geltend machte, für Heranbildung tüchtiger  
kräfte Sorge zu tragen und auch selbst in der Noth freiwillig nach  
en mit Hand anzulegen. Grösseren Umfang und grössere Bedeu-  
gewannen diese Bestrebungen im Jahre 1864 durch die Begründung  
ienfer internationalen Gesellschaft vom Rothen Kreuz, welcher die  
en Culturstaaten mit besonderen Vereins-Verbänden angehören.  
auch der Hauptzweck dieser Genossenschaften vom Rothen Kreuz  
auf die Krankenfürsorge auf dem Kriegsschauplatze richtet, so  
n doch die zahlreichen von ihnen in den verschiedenen Ländern be-  
beten Krankenanstalten, welche meist mit Ausbildungsschulen für  
kenpflegepersonen verbunden sind, auch für Friedenszeiten ein werth-  
s Contingent an Berufspflegerinnen. Auch in Deutschland verfügt  
Deutsche Gesellschaft vom Rothen Kreuz über eine erhebliche  
ahl vorzüglich ausgebildeter Pflegerinnen, welche nicht nur  
wohl vorbereitete Hilfstruppe für den Fall eines plötzlichen

Krieges oder eines plötzlichen Nothstandes darstellen, sondern Friedenszeiten sich auch mit bestem Erfolge der Hospital-, Priv- und Gemeindepflege widmen. Unabhängig von diesen „Roth-Kreuz-Genossenschaften“ finden sich in Deutschland noch eine Anzahl kleinerer weltlicher Vereinigungen, welche die Ausbildung von Krankenpflegerinnen zum Zweck haben; die bedeutendsten derselben sind das Victoriahaus für Krankenpflege in Berlin, eine nach englische Muster eingerichtete Pflegerinnenschule, ferner der Frauenlazarethverein in Berlin mit der Pflegerinnenschule des Augustahospitals sowie der Krankenpflegeverein für Schönebeck und Umgegend und der Verein zur Ausbildung von Krankenpflegerinnen in Bremen. Diesen weltlichen Krankenpflege-Vereinigungen reihen sich noch einige Genossenschaften an, welche gewissermaassen einen Uebergang zu den kirchlichen Vereinigungen bilden dadurch, dass sie zwar nicht als directe Organe der Kirche zu betrachten sind, aber doch durch ihre confessionelle Sonderstellung den rein kirchlichen Organisationen näherstehen. Hierher gehört der 1894 begründete „Evangelische Diakonie-Verein“ sowie der gleichfalls seit 1894 ins Leben gerufenen „Vereine für jüdische Krankenpflegerinnen“.

Alle diese theils kirchlichen, theils weltlichen Krankenpflege-Organisationen, über deren geschichtliche Entwicklung nähere Angaben in dem von Dietrich bearbeiteten Capitel von Band I dieses Handbuchs, auf das wir zur eingehenden Orientirung in dieser Hinsicht verweisen, niedergelegt sind, beschäftigen sich in der Hauptsache mit der Erziehung und Heranbildung von berufsmässigem Pflegepersonal, zumeist von Krankenpflegerinnen, und demzufolge repräsentiren die von diesen Vereinigungen ausgebildeten und der Oeffentlichkeit zur Verfügung gestellten Pflegepersonen in ihrer Gesamtheit das Hauptcontingent der zu Zeit für die personelle Krankenwartung in Frage kommenden Hilfspersonen. Nach Dietrich (l. c. pag. 181) kann das insgesamt von den vorgenannten Vereinigungen gelieferte Krankenpflegepersonal auf ca. 5000 männliche und 27000 weibliche Pflegekräfte geschätzt werden, wobei der vom „Rothem Kreuz“ zu freiwilligen Kriegshelfern ausgebildeten, abgesehen, nicht zu Berufspflegepersonen geschulten 13000 Mitglieder von Sanitätskolonnen etc. nicht mitingerechnet sind.

Immerhin besteht trotz dieser umfangreichen Vereinsthätigkeit für die Zwecke der personellen Krankenwartung noch immer ein sehr fühlbarer Mangel an berufstüchtigem Pflegepersonal, und es ist daher ausserordentlich wünschenswerth, dass immer neue Hilfskräfte in geeigneter Weise für die Krankenpflege gewonnen werden. Bei der ungeheuren Zahl der überhaupt vorkommenden Erkrankungsfälle, welche theils in den Krankenanstalten, theils im Privathause zur Behandlung kommen, ist eine jede neue Organisation, die mit Ernst den Zweck verfolgt, gutes Personal für die Krankenwartung zu liefern, von ärztlicher Seite mit Freude zu begrüßen und andererseits zu wünschen, dass die bereits länger bestehenden und bewährten Kranken-

sowohl die von den kirchlichen Organisationen ausgebildeten als von den weltlichen Vereinigungen zur Verfügung gestellten Pflegepersonen als Helfer sehr willkommen sein werden, vorausgesetzt, dass ämmtlich denjenigen Anforderungen in ethischer, physischer, intellec-ter und technischer Hinsicht vollauf gerecht werden, welche weiter als vom ärztlich-therapeutischen Standpunkte unerlässlich bezeichnet len sind. Ob dem Arzte, der am Krankenbette einen tüchtigen, ehbaren und pflichttreuen Gehilfen sucht, dieser in Gestalt eines aherzigen Bruders, einer Diakonissin oder einer weltlichen Kranken-geperson entgentritt, ist für die Erreichung des beabsichtigten ärzt-lichen Zweckes, nämlich einer guten Krankenfürsorge an sich irrelevant; unumgänglich nothwendig erscheint es, dass der Arzt in jedem e die Ueberzeugung haben darf, dass die aus wissenschaftlich-apeutischen Gründen von ihm zu stellenden Anforderungen auch voll edigt werden. Immerhin dürfen wir nicht verschweigen, dass wieder- von ärztlicher Seite Bedenken gegen die Verwendung geistlicher ankenpflegepersonen geltend gemacht worden sind. Inwieweit diese enken durch thatsächliche Unzulänglichkeiten begründet sind, lässt nicht genau ermessen; aber ganz ohne alle Veranlassung werden kaum erhoben worden sein, und jedenfalls sind die Bedenken derart von solcher Bedeutung für die ärztlichen Ziele der Krankenpflege, sie nicht unbeachtet verhallen dürfen, sondern, soweit und wo es thut, eine bessernde Wirkung üben müssen. Naturgemäss richten diese Einwendungen nicht gegen die ethische Qualität der betreffen- Pflegekräfte; denn es ist ja eine bekannte Thatsache, dass die lichen Krankenpflegevereinigungen mit besonderer und sehr anzu-nehmender Strenge den Lebenswandel der von ihnen erzogenen Pflege-

gegen die physischen und intellectuellen Fähigkeiten der von den lichen Genossenschaften dargebotenen Pflegekräfte ein Bedenken haben können, da auch auf das Vorhandensein einer gesunden Beschaffenheit und einer guten Volksschulbildung von den Ordensleitern beim Eintritt geachtet wird. Hingegen ist öfters worden, dass die berufstechnische Leistungsfähigkeit der geistlichen Krankenpflegepersonen bisweilen zu wünschen übrig lasse. Als für diese Thatsache, welche des Oeftern zu offenkundigen Schädigungen der Kranken geführt hat, ist anzusehen, dass bei der Ausbildung hierhin gehörenden Fällen nicht genügend lange Zeit und genügende Sorgfalt darauf verwendet wurde, die Berufsaspiranten mit den nöthigen Fortschritten auf dem Gebiete der ärztlich-wissenschaftlichen Krankenpflege bekannt zu machen und dass ein verhältnissmässig zu geringer Nachdruck auf die theologisch-religiöse Durchbildung der Pflegepersonen gelegt wurde, während der modernen Berufsausbildung durch die in der Höhe der Zeit stehende Aerzte nicht der gebührende Platz eingenommen wurde. Es sei ausdrücklich hervorgehoben, dass damit keineswegs ein allgemeiner Tadel gegen die geistlichen Krankenpflegeorganisationen ausgesprochen werden soll; denn einerseits bedarf es kaum hier eines Nachweises auf die ehrwürdigen und achtungsgebietenden Leistungen, welche die katholischen Krankenpflegeorden sowohl als die Diakonen- und Konvaleszentenverbände anerkanntermaassen seit der langen Spanne ihres Bestehens in der Krankenpflege aufzuweisen haben, andererseits haben sie selbst reichlich Gelegenheit gehabt, uns in praxi von der Vortrefflichkeit und Berufstüchtigkeit von Angehörigen beider Kategorien geistlicher Krankenpflegepersonen zu überzeugen.

Ein anderer Einwand, der gegen die geistlichen Pflegepersonen gemacht worden ist, hängt mit den bisherigen Erörterungen mittelbar zusammen. Es ist darauf hingewiesen worden, dass die geistlichen Krankenpflegeorganisationen sich vielfach bei der Ausbildung nicht darauf beschränken, die Pflegekräfte für die personelle Krankenwartung zu erziehen, sondern dass sie gleichzeitig den Unterricht auf eine Reihe anderer, rein humanitärer Gebiete, wie Waisenpflege, Armenpflege, Magdalenenpflege, Gefangenpflege, ausstrecken, welche mit der Fürsorge für Kranke, die ein vorwiegend ärztliches Arbeitsfeld darstellt, nicht in directer Beziehung stehen. Aus dieser vielseitigen Verwendung für so mannigfache und so differente Arbeitsgebiete umfassen die Zwecke wird gefolgert, dass dabei leicht die Vorbereitung für die Krankenpflege, welche heutzutage für sich allein schon ein weites, ausgedehntes Lehr- und Lernfach bildet, in der Berufserziehung zu kurz kommen. Eine ernstere Erwägung dieser Verhältnisse ist nicht von der Hand zu weisen. Es ist zweifellos vom ärztlichen Standpunkte aus sehr zu wünschen, dass der Krankenpflegeberuf als solcher für sich gesondert betrachtet angesichts der zahlreichen besonderen und eigenartigen Berufspflichten und der vielfachen Fachkenntnisse und Facherfahrungen, welche er fordert. Die berufsmässige personelle Krankenwartung ist eine Lebensaufgabe, welche die volle Kraft der sich ihr widmenden Perso-

ch nimmt und wohlgeeignet erscheint, für sich einen hinreichenden Inhalt zu bilden.

es Ferneren muss von ärztlicher Seite an die kirchlichen Krankenpersonen unbedingt die therapeutisch begründete Forderung gestellt werden, welche ja auch für das weltliche Pflegepersonal voll in Frage kommt, dass sie sich in der Ausübung der Krankenwartung streng an die Grenzen halten, welche durch ihre Stellung als ärztliche Hilfspersonen am Krankenbette gezogen werden. Im Hinblick darauf, dass die von geistlichen Genossenschaften ausgebildeten Pflegepersonen erster Linie als kirchliche Beamte und als Gehilfen der Geistlichen betrachtet scheinen, scheint es nothwendig zu sein, den ärztlichen Gesichtspunkt, dem sie am Krankenlager erscheinen, in besonderer Weise zu betonen. Betrachtet man die geistlichen Krankenpflegepersonen als „Gehilfen des Arztes“, so ergibt sich ohne Weiteres die Consequenz, dass der Arzt zu der Forderung berechtigt ist, dass die betreffenden Personen in jeder Beziehung so verhalten, dass er wirklich in ihnen eine Stütze für sich und für den Kranken erblicken kann. Nach dem, was oben über die Aufgaben der personellen Krankenwartung ausgedrückt wurde, muss selbstverständlich jedes freihändige Eingreifen in die Leitung der Krankenbehandlung selbst, welche nur dem Arzte zuzustehen unterbleiben, wofern es sich nicht um plötzliche Lebensgefahr in Abwesenheit des Arztes handelt. Ein Ueberschreiten der durch Festsetzung dieses Grundsatzes gezogenen Thätigkeitsgrenze würde unweigerlich die betr. Pflegeperson der von den Aerzten mit Recht neuerdings energisch bekämpften „Kurpfuscherei“, welche häufig schwere Schädigungen für die Krankenbehandlung nach sich zieht, schuldig machen. Die Ordnung der Gesamtkrankenbehandlung, die Festsetzung des Heilplanes, der genau bis ins kleinste hinein durchdacht werden muss, ist Sache des Arztes, der auch der Träger der Hauptverantwortung ist und streng darüber wachen muss, dass in seine Rechte und Pflichten nicht eingegriffen werde, dass seine Anordnungen aufs genaueste befolgt, seine Absichten nicht durchkreuzt, sein Einfluss auf den Kranken nicht geschwächt werde. So gelangen wir zu der wichtigen Forderung an die personelle Krankenwartung, sei sie geistlichen oder weltlichen Genossenschaften entstammend: „Gehorsam gegen den Arzt“. Dieser Gehorsam gegen den die Krankenbehandlung leitenden Arzt muss ein vollständiger sein, soweit es sich um Fragen handelt, welche zur Krankenpflege in Beziehung stehen. Es ist erforderlich, dass den kirchlichen Pflegepersonen der Gehorsam gegen den Arzt geradezu in Theil des „Gehorsams gegen die Religion“ erscheint und dem nachzukommen ihr eifriges Streben sein soll. Eine Kritik der Handlungsweise des Arztes und ein sich auf dieselbe gründendes Abweichen von seinen Anordnungen kann unmöglich als zulässig betrachtet werden. Wenn ein Geistlicher den von ihm zu erziehenden Krankenpersonen in folgender Weise Belehrung ertheilt, was vorgegeben ist: Es geschieht, dass Aerzte Forderungen stellen, die

Schwester ohne Ungehorsam gegen Gott nicht befolgen kann; z. B. wenn ein Arzt forderte, eine Schwester solle den Kranken in Betre seines Zustandes, sofern derselbe hoffnungslos sei, belügen bis in se letztes Stündlein hinein, so könnte sie nicht gehorchen. Ein ander Umstand, der Schwestern in schwere Gewissensbedenken bringen kan ist der nicht immer von den Aerzten vermiedene Missbrauch der Na cotika. Hier kann keine bestimmte Regel gegeben werden. Fühlt ein Schwester sich in ihrem Gewissen bedrückt, so hat sie bei ihren Obere sich Rath zu holen. Ein dritter Punkt betrifft das nicht unbedenklic erscheinende operative Eingreifen der Aerzte. Hierbei kommen Schwestern in Noth, wenn die Kranken sie um Rath fragen, ob sie in eine Op ration willigen sollen oder nicht, was ja oft genug vorkommt. Nic immer wird es einer erfahrenen Schwester leicht, zu sagen: „Folgen s dem Rathe des Arztes!“ —, so muss hiergegen entschieden Einspru erhoben werden (vgl. hierzu den vortrefflichen Aufsatz von Müll Ueber Diakonissenerziehung. Deutsche Krankenpfl.-Ztg. 1899. pag. 17). Auf solche Weise wird man niemals dahin kommen, dem Arzte für d personelle Krankenwartung geeignete Hilfskräfte zur Verfügung zu stelle Müller hat durchaus Recht, wenn er sagt: „Zur Erörterung solch Fragen haben die Theologen weder Grund noch Berechtigung. Für : besteht nur die Verpflichtung, ihre Diakonissen anzuweisen, den A ordnungen des Arztes in jedem Falle pünktlich und gehorsam nac zukommen“. Mit seinen Schlussworten trifft er den Nagel auf d Kopf, indem er sagt: „Wer nicht Arzt ist, urtheile nicht über ärztlic Fragen, er lasse die Finger von der Krankenbehandlung; wird er z Krankenpflege zugezogen, so sei er sich bewusst, dass er nur ein G hilfe des Arztes ist, dass er sich als solcher nur an die Vorschrift des Arztes zu halten hat. Kann er das nicht, oder will er das nich so ist er zu dem Amte untauglich, denn ungehorsame, ungetreue Helf kann der Arzt im Interesse seiner Kranken nicht gebrauchen. D oberste Gebot in der Erziehung der geistlichen Pflegepersonen z Krankenpflege muss sein: Gehorsam gegen den Arzt — und dieser G horsam ist nichts weiter als ein Theil des Gehorsams gegen die Religio Wird die Diakonissin in diesem Gehorsam zu ihrem schweren Berd erzogen, dann wird sie das Ziel erreichen, das ich allen Schwestern wünsche: sie wird eine Zierde der Kirche, ein Segen dem Kranke und eine wirkliche Hilfe dem Arzte.“

Noch ein anderer Punkt muss hier zur Sprache gebracht werden der für die Frage der Verwendung geistlichen Pflegepersonals vom ärz lichen Standpunkte von Wichtigkeit ist. Er betrifft den wiederholt geg eine solche Verwendung erhobenen Einwand, dass man öfter die Erfal rung gemacht habe, dass die den geistlichen Genossenschaften z gehörenden Pflegepersonen bisweilen die Neigung zeigen, ihre intim Stellung am Krankenbette dazu zu benutzen, um den religiösen bea confessionellen Standpunkt ihrer Pflegebefohlenen im Sinne einer Propa ganda für die eigene confessionelle Glaubensrichtung zu beeinflussen. I



Der Zweifel, dass dieser Einwand, soweit er dazu dienen soll, die Tadelbarkeit der kirchlichen Pflegepersonen für die Krankenpflege im Allgemeinen als nicht empfehlenswerth hinzustellen, als unberechtigt und unzulässig anzusehen ist; denn es würde sicherlich eine erhebliche Verengung der von den kirchlichen Krankenpflege-Genossenschaften anbotenen Ziele bedeuten, wollte man annehmen, dass dieselben es bei der Erziehung von „Brüdern“ und „Schwestern“ zum Krankendienst nur absehen, Personen zur Verfügung zu haben, die am Krankenbette hinarbeiten, „Seelen zu retten“ und „Proselyten zu machen“. Es kann kein Zweifel sein, dass die Krankenpflege als solche, die den armen Kranken gebracht werden soll, der eigentliche und ausschließliche Zweck ist, den die geistlichen Körperschaften mit der Leitung von Krankenpflegepersonen (barmherzige Brüder und Schwestern, Mönche und Diakonissen) verfolgen. Mit Recht wird von Seiten der Genossenschaftsleiter ein derartiger Vorwurf, wie der beregte, scharf abgewiesen, weil er eben den Thatsachen nicht entspricht. Es ist nur wiederholt von dieser Seite die Versicherung gegeben worden, die geistlichen Krankenpflegepersonen direct dazu angehalten werden, Krankendienste von jeder Propaganda, die auf das religiöse Bedürfniss gerichtet ist, Abstand zu nehmen, sondern hervorragende Vertreter der confessionellen Krankenpflege haben sich öffentlich auf das Bietenste gegen die Zulässigkeit propagatorischer Agitationsversuche am Krankenbette ausgesprochen. So sagt z. B. der evangelische Pfarrer Herbig in seinem Aufsätze „Religion und Krankenpflege“ (vgl. die Krankenpflege-Zeitg. 1898. pag. 233): „Gegen Bekehrungsversuche am Krankenbette, die auf den Wechsel des Bekenntnisses gesichtet sind, kämpft der gesunde Menschenverstand, denn es ist ebenso unmoralisch wie unchristlich, gleichsam mit Gewalt unter den Schmerzen in der Stunde der Krankheit, eine Veränderung der Glaubensüberzeugung herbeizuführen, wozu vielleicht während eines Lebens keine Gelegenheit oder Zeit war.“ In demselben Sinne äußert sich ein hervorragender katholischer Geistlicher hinsichtlich dieses Punktes (vgl. Deutsche Krankenpf.-Ztg. 1899. pag. 20) aus: „Unseren Frauen giebt nicht der Pastor durch einen sehr reichlich ertheilten Religionsunterricht die Berufsausbildung, sie erhalten überhaupt keinen Religionsunterricht, sie machen als Klosterfrauen wie alle Ordensleute ihre geistlichen Uebungen und damit gut. Die Krankenpflege ist ihnen nicht Nebensache, sondern Hauptsache, in dieser Thätigkeit ihr ganzes Leben auf. 'Mittel zum Zweck' soll für die confectionellen Pflegerinnen ihre Beschäftigung sein? Zu welchem Zweck? Propaganda für die eigene Confession zu machen. Dieser alte Vorwurf ist leicht gemacht, aber bewiesen ist er nicht. Als Beweis wird an-geführt, dass die Oberleitungen immer wieder versichern, es würde keine Propaganda getrieben. Wem sollte diese Logik nicht imponiren?“ Diese Argumente beweisen aufs deutlichste, dass der allgemeine Einwurf,

die kirchlichen Pflegepersonen seien zur Krankenpflegeethätigkeit im ärztlichen Sinne weniger geeignet, weil hier die Gefahr einer propagatorische Beeinflussung des Kranken vorliege, nicht zu Recht besteht und jedenfalls eine verallgemeinernde Herabsetzung ihres Werthes für die wissenschaftlich geregelte Krankenpflege bedeutet, welche ungerechtfertigt und nicht zu billigen ist. Wenn bisweilen Fälle vorkommen, welche der Einwände Begründung zu geben scheinen, so dürfen dieselben nicht der Gesammtheit der kirchlichen Krankenpflege-Genossenschaften zur Last gelegt werden, sondern sie sind als Uebergriffe bzw. Kunstfehler der betreffenden einzelnen Pflegepersonen anzusehen, welche aus religiöser Uebereifer die ihnen gezogenen Grenzen der Berufsthätigkeit überschreiten und ihre Stellung dem Kranken gegenüber nicht richtig erkennen. Der naturgemäss muss vom ärztlich-therapeutischen Standpunkte aus Nachdrücklichste Verwahrung dagegen eingelegt werden, dass das Krankenzimmer jemals von Pflegepersonen zur Stätte religiöser Agitation gemacht werde. Es würde in einem derartigen Verhalten gegen den Kranken geradezu eine schwere Schädigung seiner psychischen Ruhe und ein Verstoß gegen die Grundregeln der wissenschaftlichen Krankenpflege erblickt werden müssen, welche sich ja die Aufgabe stellt, dem Kranken alle fern zu halten, was ihn erregen könnte. Es ist kein Zweifel, dass Disputationen über confessionelle Fragen in hohem Maasse dazu angethan sein würden, ihm seine Seelenruhe in nachtheiliger Weise zu stören und auf seinen Zustand in ungünstiger Weise einzuwirken (vgl. hierzu auch den Aufsatz von Feilchenfeld, Unterhaltung im Krankenzimmer D. Krankenpfl.-Ztg. 1898. pag. 89). Es erscheint vielmehr unbedingt nothwendig, dass die Pflegepersonen im Verkehr mit Kranken deren religiöse Anschauungen in jeder Beziehung respectiren und sie sogar wenn dies noththut, gegen Angriffe von anderer Seite schützen. Eine ganz andere Frage ist es, wenn darauf hingewiesen wird, die Krankenpflegepersonen hätten die Pflicht, dafür Sorge zu tragen, dass dem Kranken, insbesondere den schwer oder unheilbar Erkrankten der Trost der Religion, den sie oft als ruhebringend ersehen, nicht fehle. Kein vernünftiger Arzt wird etwas dagegen haben, dass dem religiösen Trostbedürfniss verzagender und bekümmelter Kranker Rechnung getragen werde. Im Gegentheil, bemüht alles Erdenkliche nur heranzuschaffen, was dem Kranken seine Sorgen erleichtern, sein Vertrauen stärken, seine Stimmung heben könnte, wird er es durchaus als wünschenswert bezeichnen, dass dem religiösen Verlangen des Kranken, wenn er dies kundthut, entsprochen wird, sei es dadurch, dass der berufene Seelsorger, der der Confession des Kranken zugehörige Geistliche, veranlaßt wird, den Kranken zu besuchen, sei es dadurch, dass die Pflegeperson dem Kranken eine geeignete Bibelstelle, einen trostreichen Spruch oder Vers vorliest. Aber damit ist auch ihre Thätigkeit nach dieser Richtung hin erschöpft und die eigentliche „Seelsorge“ im kirchlichen Sinne bildet nicht das Amt der Pflegeperson, sondern des Geistlichen.

### 5. Confessionelle und interconfessionelle Krankenpflege.

Ausgehend von der Thatsache, dass die ersten geordneten und in Wirksamkeit getretenen Krankenpflege-Organisationen sich, wie die geschichtliche Entwicklung der personellen Krankenpflege verfolgen, auf dem Boden der christlichen Kirche finden, hat in früheren Zeiten in ausgedehntem Maasse geglaubt, dass die Ausübung des Krankenpflegeberufes an die Zugehörigkeit zu einer bestimmten confessionellen Gemeinschaft gebunden sein müsse. Man hat in dem Glauben, dass eine anerkanntermaassen für die zeitlichen wissenschaftlichen Zwecke vorzügliche Krankenwartung Jahrhunderte hindurch ausschliesslich in den Händen der katholischen geistlichen Orden lag, einen Beweis erblicken wollen, dass allein das katholische Bekenntniss eine gute Basis für eine erfolgreiche Bethätigung in der Krankenpflege abgeben könne. Erst durch die segensreiche Wirksamkeit der auf evangelischem Boden erwachsenen Diakonen- und Diakonissen-Anstalten wurde ein widerleglicher Nachweis geliefert, dass die Eignung zur personellen Krankenwartung nicht an die Zugehörigkeit zur katholischen Confession geknüpft sei. Wenn nun auch angesichts dieser Verhältnisse nicht mehr die Annahme zu recht bestehen konnte, dass eine einzelne bestimmte confessionelle Richtung (die katholische) für sich das alleinige Vorrecht beanspruchen dürfe, geeignete Krankenpflegepersonen zur Verfügung zu stellen, so wurde doch eine Zeit lang die Ansicht festgehalten, dass eine zweckentsprechende Krankenpflegeethätigkeit nur von Personen geleistet werden könne, welche einer geistlichen Krankenpflege-Vereinigung wie sie die katholischen Orden der barmherzigen Brüder und Schwestern und die evangelischen Diakonen- und Diakonissenhäuser darstellen, zugehören. Aber auch diese Anschauung erschwand als hinfällig angesichts der Thatsache, dass auch die seit der Mitte des 19. Jahrhunderts ins Leben gerufenen und in gedeihlicher Weise weiterentwickelten weltlichen Krankenpflege-Vereinigungen einmal für die Krankenwartung lieferten, was den ärztlichen Anforderungen gerecht wurde. Die vorzüglichen Erfolge insbesondere der englischen weltlichen Krankenpflegerinnen trugen wesentlich dazu bei, auch den weltlichen Krankenpflege-Vereinigungen und den von ihnen ausgebildeten und erzogenen Pflegekräften in wachsendem Maasse Anerkennung und Ansehen zu sichern. Ebenso gelang es auch den deutschen vom Rothen Kreuz, welche gleichfalls weltlicher Natur sind, durch fördernde Protection hochgestellter und einflussreicher Persönlichkeiten in ihren vorwiegend im Hinblick auf die Kriegskrankenpflege errichteten Krankenanstalten und den sich an dieselben anschliessenden Fortbildungsschulen weltliche Krankenpflegekräfte auszubilden, die sich bewährt haben. Das Gleiche gilt von der nach englischem Muster errichteten Pflegerinnenschule des Victoriahauses in Berlin, deren Tugenden in ärztlichen Kreisen sich sogar besonderer Anerkennung zu erfreuen hatten (vgl. v. Leyden, Ueber Specialkrankenhäuser, pag. 10),

ferner der Pflegerinnenschule des Augustahospitals u. a. Wenn durch diese Erfolge der weltlichen Krankenpflege-Vereinigungen Klarste bewiesen wurde, dass die Grundlagen für die Auszubildung Erziehung guter Krankenpflegekräfte nicht mit Nothwendigkeit in den Geistlichen organisirten und geleiteten kirchlichen Verbänden e werden müssen, so bestand doch noch bis vor kurzer Zeit in Kreisen die Meinung, dass die Krankenpflegepersonen, wenn es nicht erforderlich sei, dass sie den geistlichen Organisationen stammten, wenigstens einem der christlichen Bekenntnisse zug müsssten, um aus den ethischen Grundlehren der christlichen R eine geeignete Grundlage für ihre aufopfernde und verantwortung Thätigkeit schöpfen zu können. Aus dieser Anschauung heraus, durch die Betrachtung der geschichtlichen Entwicklung der organ Krankenpflege scheinbar unterstützt wurde, behielt man eine g confessionelle Sonderung auf dem Gebiete der personellen Kr wartung insofern bei, als man vielerorts jüdischen Berufaspiran den Eintritt in die Krankenpflege-Verbände verwehrte. Erst se allerjüngsten Zeit beginnt auch diese selbst von manchen rein wel und im Uebrigen interconfessionell geordneten Krankenpflege-V gungen gezogene Schranke zu fallen, nachdem insbesondere dur in den letzten Jahren erfolgreich emporgeblühten rein confession haltenen jüdischen Krankenpflege-Vereine der überzeugende Na geliefert wurde, dass Angehörige des jüdischen Bekenntnisses sehr den Krankenpflegeberuf in erspriesslicher und alle Anforderunge friedigender Weise ausüben können, wenn ihnen nur die geeignet legenheit gegeben wird, auf den Grundlagen einer umsichtig und fältig geleiteten Organisation und unter tüchtiger ärztlicher Leitun den modernen Anforderungen entsprechende Berufserziehung und schulung zu geniessen. So sehen wir denn beim Beginne des 20. hundertst neben der confessionellen Krankenpflege auch die intercon nelle Krankenpflege mehr und mehr sich Bahn brechen und Bod winnen. Unwillkürlich drängt sich die Beobachtung auf, dass r immer weiteren Kreisen die Anschauung gewinnt, dass die berufsm Ausübung der personellen Krankenwartung überhaupt nicht an d gehörigkeit zu irgend einer bestimmten Confession gebunden ist, s in gleich erfolgreicher und zweckentsprechender Weise von Angeh sowohl der katholischen als der evangelischen als der jüdischen fession versehen werden kann, womit natürlich keineswegs etwa gesa soll, dass eine religions- oder confessionslose Pflegerschaft als wüns werth oder zulässig erachtet werden soll; es beginnt sich vielmehr di fassung Geltung zu verschaffen, dass sich allmählich neben der confessio Krankenpflege auch eine wahrhaft interconfessionelle Kranken welche in gleichberechtigender und toleranter Weise Angehörige d schiedenen Confessionen einschliesst, entwickeln möge.

Wenn man die Gesamtheit der Krankenpflegepersonen als einen die Gleichartigkeit der Thätigkeit zusammengefügt und durch die

neip nicht nur Geltung zu verschaffen gewusst, sondern auch in  
eher Weise bewährt. Die von confessioneller Seite hier und da  
die Förderung der interconfessionellen Krankenpflege erhobenen  
le, welche in der Behauptung gipfeln, dass die Gleichartigkeit  
fession aller einem Krankenpflege-Verbande zugehörenden Pflege-  
r sehr wesentlich dazu beitrage, der betreffenden Genossenschaft  
steren Halt in sich selbst zu verleihen, können heutzutage nicht  
s stichhaltig angesehen werden, nachdem durch die erfolgreiche  
elung der interconfessionell organisirten Vereinigungen wie der  
kreuz-Vereine, der Krankenpflege-Anstalt Victoriahaus in Berlin,  
nkenpflege-Vereins in Schönebeck, welch letztere beiden Vereini-  
sogar eine völlig unbeschränkte Interconfessionalität mit Nachdruck  
n haben, u. a. der Beweis erbracht worden ist, dass eine in ihren  
gen hochstehende Genossenschaft auch bei Verfolgung des inter-  
onellen Principis in gedeihlicher Weise bestehen kann.

urde im Vorhergehenden die Frage erörtert, wie sich das Ver-  
von „Confession und Krankenpflegeperson“ gestaltet, so sei jetzt  
och kurz die Frage berührt, welche sich auf die Confession der  
genden Kranken selbst bezieht. Auch in dieser Frage erscheint  
ärztlichen Standpunkt durchaus wünschenswerth, für ein inter-  
onelles System einzutreten. Die Confession des Kranken darf  
r Weise maassgebend bei der Ausübung der personellen Kranken-  
sein. „Die Kranken gehören keiner besonderen Sekte an; wie  
immer unser Glaube, unsere religiösen Anschauungen beschaffen sein  
wir können uns alle in der Fürsorge für die Armen und Leidenden  
en und so die edleren Regungen unserer Natur in derselben Weise  
n.“ Wie der Arzt nicht nach dem Glaubensbekenntniss des

confessionalität, welche sich auf das Object aller Therapie und Krankenpflegethätigkeit, auf den Kranken selber bezieht, sich : seitens der confessionellen als der interconfessionellen Kranken Organisationen allgemeiner Billigung und Würdigung und auch praktische Durchführung erfreut. Alle Körperschaften, welche sich mit der Stellung von Krankenpflegepersonen beschäftigen, seien es katholische, evangelische, jüdische oder interconfessionelle Vereinigungen, haben ihren Satzungen in übereinstimmender Weise die Anordnung niedergelegt, dass die von ihnen ausgebildeten Pflegekräfte an das ihre Hilfe in Anspruch nehmende Publikum „ohne Unterschied der Confession“ abgegeben werden. Selbst für das Gebiet der unentgeltlichen Armen-Kranken scheint dieser Grundsatz sich neuerdings zu allgemeiner Geltung bringen zu wollen.

### 6. Männliche und weibliche Krankenpflege.

Betrachtet man die Zahlenverhältnisse der von den verschiedenen Krankenpflege-Vereinigungen zur Verfügung gestellten Krankenpflegepersonen, so ergibt sich die auffallende Thatsache, dass die Gesamtsumme der ausgebildeten weiblichen Pflegekräfte eine weitaus grössere ist als die der männlichen. Das Verhältniss der weiblichen Krankenpflege zur männlichen ist gegenwärtig nahezu 5 : 1; die erstere hat eine erheblich grössere Ausbreitung und steht zur Zeit insofern im Vordergrund der auf die Gewinnung geeigneten Pflegepersonal gerichteten Bestrebungen, als sich die grössere Zahl der Krankenpflegevereinigungen überhaupt vollkommen darauf beschränkt, weibliches Personal auszubilden. Diese Thatsache steht im Einklang mit der geschichtlichen Entwicklung des Krankenpflegewesens, welche erklärt, dass die weiblichen Krankenpflegepersonen von jeher sich ein gewisses Uebergewicht auf dem Gebiete der personellen Krankenpflege zu erhalten gewusst haben. Es müssen also innere Gründe vorhanden sein, welche als Ursache für diese eigenthümliche Erscheinung angesehen werden können. Diese Gründe liegen in der Eigenart der Krankenpflegethätigkeit einerseits und in der Besonderheit des weiblichen Nat andererseits, welche letzteres im Allgemeinen eine Reihe von sich wieder findenden Zügen hervortreten lässt, die im männlichen Naturen weniger ausgeprägt sind, aber gerade für die personelle Krankenpflege einen sehr günstigen Boden abgeben und für die Ausübung dieser Berufsthätigkeit von ausserordentlichem Werth sind. Die seit Alter Zeiten Frauen zufallende Aufgabe, für die Behaglichkeit, Bequemlichkeit und Ordnung im Familienkreise zu sorgen und die grossen, kleineren und kleinsten Pflichten treulich zu versehen, welche ihnen erwachsen in dem Bestreben, dem im Kampfe um die Existenz draussen ringenden Mann eine Stätte zu bieten, wo er Erleichterung von seinen Mühen, Erquickung und Ruhe findet, und ebenso den Kindern in ihrer Unselbstständigkeit und Unbehilflichkeit schützend, pflegend, berathend zur Seite zu stehen

lichkeit bietet, die schönsten, erhabensten und edelsten Seiten ihres  
wells zur Geltung zu bringen und in nützlicher, segensreicher Weise  
verwerthen. Und so sehen wir auch seit den frühesten Zeiten, in  
m überhaupt eine geordnetere personelle Krankenwartung entstand,  
anders diejenigen Frauen sich der dauernden Ausübung der Kranken-  
gethätigkeit zuwenden, welchen die ihren ursprünglichen Lebensinhalt  
stellende Fürsorge für die eigenen Familienmitglieder unmöglich war,  
lich die verwittweten und ehelosen Frauen; diese fanden und finden  
de in der Ausübung der Krankenpflegegethätigkeit eine beglückende  
ensaufgabe und einen befriedigenden Lebensinhalt, gewissermaassen  
geeignetes Surrogat für die ihnen versagte Fürsorge in der eigenen  
ilie. Im Krankenpflegeberufe finden sie in ausgiebigem Maasse Ge-  
arbeit, dem sie gern willkommen heissenden, ihre Hilfe ersnennenden  
iken liebevoll, umsichtig, treu und aufopfernd seine Leiden zu  
ern, für ihn zu denken, ihm zu rathen, ihn zu bedienen, ihm alle  
kleinen Handreichungen mit leichter, geschickter Hand zu Theil  
len zu lassen, deren er bedarf; am Krankenbette können sie weib-  
Tugenden und Tüchtigkeiten, wie peinliche Ordnungsliebe und Sauber-  
Güte, Milde, Sanftmuth, Geduld, Gehorsam, Treue aufs Beste be-  
gen und üben. Es ist somit sehr erklärlich, dass dieser inneren  
bestination der Frauen für die Ausübung der personellen Kranken-  
ung auch ihre Leistungen auf diesem Gebiete entsprochen haben,  
es kann ebensowenig ein Zweifel darüber sein, dass diese durch  
langen Zeitraum der Jahrhunderte in immer wachsendem Maasse  
Umfange prästirten Leistungen unsere grösste Achtung und Werth-  
zung herausfordern. Die vorzügliche Bewährung der weiblichen  
kenpflege hat in neuerer Zeit zur Folge gehabt, dass die Ansicht,

lichste hinzustellen ist.“ In ähnlicher Weise haben sich v. Ziemssen, Kön Buttersack, Bäumlcr, Mendelsohn u. A. geäußert. Auch in den neuen Leitfäden und Lehrbüchern für Krankenpflegepersonen tritt die Anschauung vielfach hervor, dass die Ausübung der Krankenpflege thätigkeit : besten in den Händen von Pflegerinnen ruhe. So sagt z. B. Lazar (Krankenpflege. Handbuch f. Krankenpflegerinnen und Familien. Ber 1897): „Wenn zumeist von dem weiblichen Geschlecht Gelegenheit genommen wird, sich diesem Berufe zu widmen, so ist dies eine Folge der natürlichen Beschaffenheit des Weibes. Weil Zartgefühl, Sanftmut Geduld, Fügsamkeit und der Sinn für Sauberkeit die eigensten Mitgaben von der Natur für die Frau sind und ihre hervorragendsten Charaktereigenschaften bilden, darum ist die Frau die geborene Krankenpflegerin. Am weitesten geht in der Bevorzugung der weiblichen Krankenpflege Aufrecht (Anleitung zur Krankenpflege. 1898. Wien und Leipzig A. Hölder. pag. 1), indem er sagt: „Die Krankenpflege sollte ausschließlich den Händen und dem Herzen der Frau anvertraut sein. Diesem extremen Standpunkt entsprechend wenden sich einige neueren Lehrbücher der Krankenwartung ausschliesslich an die weiblichen Krankenpflegepersonen. Auch haben in letzter Zeit eine Reihe grösserer Krankenhäuser, wie dies in England und Dänemark schon seit längerem geschieht, ihre Stationen gänzlich mit weiblichem Pflegepersonal besetzt, die Männerabtheilungen einbegriffen, und der Erfolg scheint die Berechtigung dieser Massnahme darzuthun. Man kann nun sehr wohl der weiblichen Krankenpflege im Allgemeinen den Vorzug geben und dem weiblichen Geschlechte auch im Allgemeinen eine grössere Befähigung zur personellen Krankenwartung vindiciren, welchen Standpunkt auch wir vertreten möchten, ohne darum die Ansicht zu theilen, dass die männlichen Pflegepersonen ganz von dem Berufe ausgeschlossen werden sollten. Denn zweifellos giebt es auch, besonders seitdem man in den allerletzten Jahren auch dem männlichen Pflegepersonal in seiner Ausbildung bezw. Fortbildung grössere Aufmerksamkeit zuzuwenden begonnen hat, eine Anzahl männlicher Krankenpflegepersonen, welche durchaus als berufstüchtig und leistungsfähig bezeichnet werden müssen. Und, abgesehen davon, hat sich auch erwiesen, dass aus rein sachlichen Gründen die männliche Krankenpflege nicht gänzlich entbehrt werden kann. Mit Recht bekämpft Dietrich (vgl. Deutsche Krankenpflege-Zeitung 1898. pag. 4) die Ansicht, dass die männlichen Krankenpfleger nur eine untergeordnete Rolle spielen und vielleicht ganz auf sie verzichtet werden kann, indem er daran erinnert, dass es Handreichungen in der Krankenpflege giebt, für welche die physischen Kräfte des Weibes selten ausreichen, und dass es auch Handreichungen an Kranken männlichen Geschlechts giebt, die man den Frauen nicht zumuthen soll. Auch das kann nur zugestimmt werden, dass zur Erziehung und Verpflegung von Knaben und Jünglingen, die an Epilepsie oder Schwachsinn leiden, und zur Wartung der männlichen Geisteskranken, welche in ihren Weltanschauungen die Achtung vor dem Schamgefühl der Frauen nicht



denabtheilungen ausschliesslich Frauen die Pflegethätigkeit übernehmen  
ten. Diese Auffassung scheint uns jedoch zu weit zu gehen; es ist  
erlich demgegenüber berechtigt, darauf hinzuweisen, dass der Kranken-  
geberuf doch, ähnlich wie der Beruf des Arztes, eine so eigenartige  
lung im Vergleich zu allen übrigen Berufsarten einnimmt, dass in  
Ausübung dieser Berufsthätigkeit unmöglich diejenigen Schicklich-  
snormen als unabänderlich und unerlässlich angesehen werden können,  
die im gewöhnlichen Leben als zu Recht bestehend anerkannt werden.

Krankenpflegeberuf, wie auch der Beruf des Arztes, legen in  
sicher Hinsicht so viele und schwierige Pflichten auf und bilden in  
Maasse eine Vertrauensstellung für die sie ausübenden Personen,  
man mit Recht diesen die Eigenschaft sittlicher Festigkeit und hin-  
bender Selbstbeherrschung in dem Grade ohne Weiteres zurechnen  
; dass das Geschlecht des ihrer Obhut anvertrauten Kranken keine  
e spielen kann. Ebenso verkehrt, wie es sein würde, von den  
zten zu verlangen, dass sie sich des Rechtes begäben, weibliche  
nke zu behandeln, erscheint uns die allgemeine Forderung, dass den  
gerinnen die Pflege männlicher Kranker untersagt werden solle.  
o therapeutisch-ärztlichen Standpunkt aus ist zu verlangen, dass die  
gepersonen beiderlei Geschlechts in ihren Pfleglingen einzig und allein  
ke Menschen sehen, zu deren Gesundheit und Wiederherstellung sie  
brer Eigenschaft als des Arztes Gehilfen in fürsorglicher Weise bei-  
agen haben. Allerdings besteht die Voraussetzung, dass sich dem  
nkenpflegeberufe nur solche Personen widmen resp. in ihn Eingang  
en sollen, welche den weiter oben eingehender erörterten ethischen  
orderungen des Arztes genügen. Darüber zu wachen, dass die  
gepersonen das in sie gesetzte Vertrauen rechtfertigen, ferner Ein-

und zweckmässiger gewesen als bezüglich des männlichen Pflegepersonals, bei welchem derartige ärztliche Bestrebungen erst in der allerletzten Zeit hervorgetreten sind. Während sowohl die Aufnahmebestimmung für die in die verschiedenen geistlichen und weltlichen Krankenpflegegenossenschaften, welche weibliche Kräfte für die personelle Kranknursorg heranbilden, eintretenden Schülerinnen ziemlich strenge Ausw unter den Berufaspirantinnen zu halten gestatten, als auch die in Satzungen für die Berufsausübung niedergelegten Grundsätze, imsonderen der enge, dauernde Anschluss an die Verwaltung und Leitung der Mutterhäuser eine stetige Controle über die geschulten Pfeschwestern ermöglichen, entbehrten die männlichen Pflegepersonen in gänzlich zuverlässiger Institutionen für die Abhebung der für die Krankenpflege thätigkeit geeigneten Personen von den ungeeigneten und für dauernd unvermindert zu erhaltende Berufstüchtigkeit und Leistungsfähigkeit. In diesem Umstande lag einer der Gründe, welche die Herabsetzung des Ansehens des männlichen Pflegepersonals überhaupt bewirken haben, die ihrerseits wiederum eine Einschränkung der beruflichen Wirksamkeit für diese Pflegegruppe zur Folge gehabt hat. Mit Recht klammert Dietrich noch vor Kurzem in seinem trefflichen Aufsätze „Brauchen wir männliche Pfleger?“ (Deutsche Krankenpflege-Ztg. 1898. pag. 160) an: „Das männliche Pflegepersonal, das man jetzt meist in Krankenhäusern und Irrenhäusern findet, können wir vielfach nicht gebrauchen. Ich meine die Hauptmasse der Wärter, die ausserhalb der Krankenpflegegenossenschaften stehen. Wohl giebt es auch unter den Privatkanenkräften tüchtige und geeignete Leute, die ihre Kranken mit Lust und Liebe versorgen, aber das sind Ausnahmen. Geht man die grossen und die kleinen Krankenhäuser durch, so findet man allorts Leute als Wärter angestellt, die als Reconvalescenten oder aus einer niederen Dienststellung im Krankenhause oder in der Verwaltung einfach in den Krankendienst übernommen sind. Für die Krankenpflege fehlt ihnen vor allen Dingen das, was das ist die Herzensbildung, das Mitleid, die Liebe zu den Kranken, die unwillkürlich zu einem verständigen, klugen, einsichtsvollen und für die Kranken allein zweckmässigen Benehmen in der Krankenpflege führt.“ Dietrich tritt in seiner Arbeit, deren Ausführungen wir nur vollkommene zustimmen können, warm für eine ausgedehntere Heranbildung und Verwendung männlichen Genossenschaftspersonals ein nach dem Vorbild der barmherzigen Brüder und der Diakonen; er schlägt insbesondere auch mit männlichen Diaconieseminaren (nach Art des Zimmer'schen Diaconie-Vereins) und männlichen Pflegern in den Vereinen vom rothen Kreuz einen Versuch zu machen. Auch Waldschmidt (vgl. Deutsche Krankenpflege-Ztg. 1898. pag. 160) befürwortet die Beschreitung dieses Weges zur Verbesserung der männlichen Pflegekräfte; er giebt eine äusserst charakteristische Schilderung des gegenwärtig meist vorhandenen männlichen Anstaltspersonals, indem er sagt: „Ausser einem relativ kleinen Stamm tüchtiger älterer Leute bildet das Gros eine zusammen-

große Anzahl junger Menschen jeglichen Berufes: Kaufleute, Medici, Juristen, Bäcker, Schuster, Schneider, im Winter häufig Gärtner —, alle Stände sind vertreten und die allerwenigsten sind Berufser. Für den Winter sucht eben Mancher Unterschlupf, indem er mal versucht, Krankenpfleger zu werden, um sich für einige Monate endlich verpflegen zu lassen. Das sind die Leute, denen wir unsere Kranken anvertrauen müssen! Da scheint es mir wahrlich nicht werth, uns nach Anderem, so nach männlichen Diaconieseminaren, umzu-  
 sehen.“ Allerdings ist, so wünschenswerth auch wir Versuche in der  
 wählten Richtung halten, bis jetzt der Dietrich'sche Vorschlag noch  
 nicht zur Ausführung gelangt; hoffentlich bringt die nächste Zukunft in  
 der Frage erfreuliche Neuerungen. Nicht minder wichtig erscheint  
 eine Hebung und Vervollkommnung der männlichen Krankenwartung  
 auf dem Gebiete der Privatkrankenpflege. Wenn auch die sich selbst-  
 ständig dem Privatpflegeberuf widmenden Männer zum Theil aus älteren,  
 erfahrenen Personen bestehen, die zuvor längere Zeit in der Hospital-  
 pflege thätig waren, so finden sich doch auch unter den Privatpflegern  
 eine nicht geringe Zahl von Leuten, welche ihre Thätigkeit zu hand-  
 werkmässig und ohne rechtes Verständniss für ihre beruflichen Auf-  
 gaben betreiben; bei vielen lassen auch fachliche Vorbildung und  
 Leistungsfähigkeit erheblich zu wünschen übrig. Und doch ist es ange-  
 sehen der so geringen und bei Weitem dem Bedürfnisse nicht ent-  
 sprechenden Zahl der von den kirchlichen Genossenschaften zur Ver-  
 sorgung gestellten männlichen Pflegepersonen ausserordentlich nothwendig,  
 dass hier Wandel geschaffen und für zahlreicheres, gut ausgebildetes,  
 ethisch und technisch höher stehendes Personal gesorgt wird. Anschei-  
 nend ist es mir erfreulicherweise gelungen, selbst nach dieser Richtung  
 in zu einer Besserung der bisherigen Verhältnisse beizutragen, indem  
 ich mich bemühte, eine Standes-Organisation der selbstständigen Kranken-  
 pflegepersonen, der männlichen wie der weiblichen, und zwar zunächst  
 in der Privatpflege beschäftigten, in die Wege zu leiten, welche sich  
 sowohl die ethische als berufstechnische Fortbildung der selbstständigen  
 Krankenpflegepersonen zum Ziel gesetzt hat, freilich aber bei der erst  
 kurzen Zeit, die seit der Begründung verflossen ist, bisher nur eine ver-  
 hältnismässig geringe Ausdehnung erlangt hat (vgl. Deutsche Krankenpf.-  
 ze. 1898. pag. 87 und 1899. pag. 29, 61). Hoffentlich liefert die Be-  
 theiligung dieses neuen Weges auch weiterhin eine brauchbare Beihilfe  
 zur Vervollkommnung der personellen Krankenwartung, insbesondere auch  
 der männlichen! Vielleicht gelingt es auch, ähnliche Standes-Verein-  
 igungen für die Anstaltspflege zu schaffen, und so auch in dieser Fort-  
 schritte zu erreichen.

## 7. Genossenschaftspflege und freie Krankenpflege.

Schon aus den vorhergehenden Erörterungen ist zu ersehen, wie  
 große Schwierigkeiten sich heutzutage dem Bestreben entgegenstellen,

ein in therapeutischer Hinsicht einwandfreies männliches und weibliches Personal für die Krankenwartung in hinreichender Zahl zu erzielen, es unterliegt für uns keinem Zweifel, dass die Förderung und Lösung dieser Frage, an der ja vor Allem die Aerzte im Interesse der Erhaltung ihrer Krankenbehandlung eine tiefgehende Theilnahme hegen, ohne die Berücksichtigung organisatorischer Einrichtungen und die Würdigung vom ärztlich-wissenschaftlichen Standpunkte weitergelassen werden kann. Wenn man einen Blick auf die Gesamtheit des gegenwärtig den Aerzten für die personelle Krankenpflege zur Verfügung stehenden Personals wirft, so tritt zunächst die Erscheinung in den Vordergrund, dass die personellen Hilfskräfte in verschiedene gesonderte Gruppen eingetheilt sind, deren jede ihre eigene, von den anderen manchem Punkte abweichende Organisation, ihre eigenen Satzungen, eigene Ausbildung, sogar ihre eigene Berufsauffassung haben. Erklärt diese Thatsache durch die geschichtliche Entwicklung der Krankenwartung, deren Studium deutlich erkennen lässt, dass nach Ablauf gewisser Zeiträume sich immer wieder neue Organisationen auf diesem Gebiete gebildet haben, durch das Bedürfniss der Zeit ins Leben gerufen, welche sich den bereits vorhandenen anreihen, aber in ihrer inneren Gestaltung sich nach mannigfacher Richtung erheblich von einander unterscheiden. Solche Gruppen von Krankenpflegepersonen sind die katholischen Krankenpflege-Orden, ferner die Diakonen- und Diakonissen-Anstalten mit ihren Brüder- und Schwesternverbänden, dann die Schwesternhäuser vom Roten Kreuz, die kleineren weltlichen Schwesternverbände, der evangelische Diakonie-Verein, die Vereine für jüdische Krankenpflegerinnen mit ihren Schwesternverbänden und schliesslich die Gruppe der sogenannten freien Krankenpfleger und Krankenpflegerinnen. Alle diese Gruppen mit Ausnahme der letztgenannten zeigen jedoch, sowohl die kirchlichen als weltlichen, eine ihnen gemeinsame Einrichtung, welche sie von der letzten Pflegegruppe unterscheidet. Es ist dies die Zusammenfassung der ihnen angehörenden Pflegekräfte zu einer dauernden Genossenschaft, in welcher die einzelnen Mitglieder meist während ihrer ganzen Lebenszeit verbleiben und zu deren Leitung sie zu jeder Zeit in der Ausübung ihrer Berufsthätigkeit in enger Beziehung stehen. Diese Wahrnehmung und den Gedanken nahelegen, dass die in früheren Zeiten von Seiten der älteren Krankenpflege-Genossenschaften gesammelten praktischen Erfahrungen es als werthvoll und zweckmässig erscheinen liessen, das Genossenschaftssystem festzuhalten, von dem auch die erst seit kurzer Zeit bestehenden Organisationen mutatis mutandis nicht abgegangen sind. Darin, dass auch die neueren weltlichen Verbände auf das System der sogenannten Mutterhaus-Verfassung, das bei den geistlichen Körperschaften sich seit Jahrhunderten bewährt hatte, nicht gänzlich verzichten können geglaubt haben, ist unzweifelhaft ein Beweis dafür zu erblicken, dass schwerwiegende sachliche Gründe für die Nothwendigkeit eines festen und andauernden Zusammenschlusses der Krankenpflegepersonen sprechen müssen. Und in der That ist es so. Bei einem so ver-

ungsvollen und schwierigen Berufe, wie ihn die Krankenpflegethätigkeit darstellt, genügt es nicht, den einzelnen Pflegepersonen eine gleiche und den Fortschritten der Wissenschaft entsprechende Ausbildung und Berufserziehung zu vermitteln, sondern es benöthigt auch der Geleistung einer andauernden Aufrechterhaltung der beruflichen Leistungsfähigkeit, sowohl nach der ethischen als der technischen Seite hin. In diesen Beziehungen vermag die genossenschaftliche Organisation Gutes zu leisten. Auf ethischem Gebiete giebt sie den einzelnen Verbandsmitgliedern einen festen Halt, indem sie durch den Zwang zur strengen Einhaltung der dem Verbandsverbande zu Grunde gelegten Satzungen die Möglichkeit zum Abweichen von den Berufspflichten aufhebt oder doch erheblich erschwert und durch das der Oberleitung des Verbandes jederzustehende Recht der unmittelbaren Verfügung über Art, Ort und Umfang der Thätigkeit eine dauernde Ueberwachung und Controlle der einzelnen Verbandsmitglieder herbeiführt. Auf technischem Gebiete wirkt die genossenschaftliche Organisation vortheilhaft, indem sie einen gleichmässigen militärischen Zug von Ordnung, Gehorsam, Schulung, beruflichem Eifer und Kameradschaftlichkeit in den einzelnen Persönlichkeiten herbeiführt, in Folge dessen sich dieselben als gleichartige Glieder einer den nützlichen Zwecken dienenden Gemeinschaft fühlen und aus der dauernden Berührung mit ähnlich erzogenen, ähnlich denkenden und strebenden Bestrebungen gewidmeten Menschen auch in berufstechnischer Hinsicht einen guten Anhalt gewinnen. Sicherlich sind in derartigen Verbandsverbänden die Grundprincipien und die wichtigsten inneren sachebetreffenden Motive ausgesprochen, welche dem Genossenschaftswesen gerade auf dem Gebiete der Krankenpflege eine so bedeutende und nachhaltige Bereicherung verschafft haben. Dabei ist es ziemlich irrelevant, ob wie bei den katholischen Krankenpflege-Orden ein mit der Leitung betrauter Prior und eine Generaloberin bzw. Äbtissin oder, wie bei den Diakonissenhäusern, ein Pfarrer und eine geistliche Oberin oder, wie bei den weltlichen Krankenpflege-Genossenschaften ein leitendes Verwaltungsrath und eine weltliche Oberin an der Spitze der Organisation stehen. Aber es besteht noch ein anderer Gesichtspunkt von grosser Wichtigkeit, der für die Bedeutung der genossenschaftlichen Organisation auf dem Gebiete der Krankenpflege voll in die Waage fällt. Das ist die Möglichkeit, innerhalb der Genossenschaften für die einzelnen Krankenpflegerinnen bezüglich ihrer materiellen Festigung und Sicherstellung in erheblichem Maasse sorgen zu können. Es ist diese Fürsorge keineswegs nur vom humanitären Standpunkte zu würdigen, sondern sie hat selbstlos auch einen secundären nicht zu unterschätzenden therapeutischen Werth. Ausser Frage ist es, dass Personen, welchen die stete Sorge um das tägliche Brot, der dauernde, mitten in den vielfachen Kämpfen des Lebens vor sich gehende Kampf ums Dasein, die Unruhe gegenwärtiger und zukünftiger Existenz ganz oder doch im erheblichen abgenommen wird, sich mit Einsetzung einer volleren Kraft und mit grösserer, rein auf das Ideelle gerichteter Hingebung einem Berufs-

widmen können. Und in besonderem Maasse gilt diese Thatsache einen so schwierigen und verantwortungsvollen Beruf wie die person Krankenpflege. Wie ein körperlich selbst Kranker nicht gut dazu taugen einen anderen Kranken zu pflegen, so ist auch Jemand, der fortwährend mit materiellen Sorgen zu kämpfen hat, der also „wirthschaftlich krank“ ist, dazu nicht aus voller Kraft im Stande. In dieser Hinsicht bieten die Genossenschaften aller Art für die ihnen zugehörigen Pflegepersonen einen ebenso wohlthätigen als für ihre Leistungsfähigkeit wichtigen Schutz, indem sie die Darbietung der Krankenpflegeethätigkeit nicht der directen Bezahlung an die einzelne Berufsperson zum Zwecke ihrer Lebensunterhaltung abhängig machen, sondern, soweit sie nicht, sondern auf die ihnen zu Gebote stehenden Wohlthätigkeitsfonds stützend, einer Honorirung der Pflegeethätigkeit ganz absehen dürfen, die Bezahlung der Pflegeleistungen statutarisch an die Genossenschaftsleitung delegiren und andererseits von dieser aus den Unterhalt, sowie die sonst materielle Fürsorge für die Pflegepersonen bestreiten. Je umfangreicher und wirksamer letztere ist, um so grösser sind die Aussichten für betreffende Genossenschaft, sich ein ethisch und technisch hochstehendes Pflegepersonal zu erwerben und zu erhalten. Mit Recht sagt F. Zimmer, der Director und Begründer des „Evangel. Diakonie-Vereins“, ein feiner Kenner der Genossenschaftsorganisation, in seiner Abhandlung „Wie gewinnen wir tüchtige Krankenpflegerinnen?“ (vgl. Deutsche Krankenpflegezeitg. 1898. pag. 95): „Sorgt für Euer Personal, wenn Ihr ordentliches Personal haben wollt! Das gilt überall, auch für die Krankenpflege.“ Die wesentlichsten Punkte, auf welche sich die Fürsorge für die Eingliederung der Genossenschaften gegenwärtig zu erstrecken hat, sind: Sicherung eines dauernden Lebensunterhaltes ohne Noth und Sorge, reichende Fürsorge bei Krankheit, Alter, Invalidität, Sicherung gegen weitgehende Ausnutzung seitens des grossen Publikums. Sollen die Genossenschaften ihre Aufgaben erfüllen, so erscheint es unzweifelhaft notwendig, dass sie nicht nur für eine in wissenschaftlicher Hinsicht der Höhe der Zeit stehende Berufserziehung und Fachschulung sondern auch Einrichtungen zur Sicherstellung der Pflegepersonen materieller Hinsicht und zwar nach allen wesentlichen Richtungen ausgestalten und durchführen, welche geeignet sind, indirect die Brauchbarkeit und Berufstüchtigkeit ihrer Mitglieder wirksam zu unterstützen. „Alles, was an neuen Organisationen auf den Plan tritt, muss sich folgenden beiden Punkten ausweisen: was es für die genossenschaftliche Disciplin, und was es für die materielle Sicherung seiner Glieder leistet“ (vgl. F. Zimmer, Zur Frage der Altersversorgung der Krankenpflegerinnen. Dtsch. Krankenpfll.-Ztg. 1898. pag. 150). Mit diesen sehr wahrheitsgemässen Worten sind die wesentlichsten Vortheile der Genossenschafts-Organisation auf dem Gebiete der Krankenpflege in vorzüglicher Weise gekennzeichnet.

Der genossenschaftlichen Organisation, wie sie sich, allerdings mit gewissen Unterschieden in der inneren Verfassung, bei den katholischen

Krankenpflege-Orden sowohl als den evangelischen Verbänden als auch rein weltlichen Krankenpflege-Vereinigungen findet, steht die sogenannte „freie Krankenpflege“ gegenüber, welche diejenige Gruppe der freien Krankenwartung umfasst, deren Einzelangehörige ausserhalb genannten Genossenschafts-Organisationen stehen und die Krankenpflege als einen freien Beruf, etwa dem ärztlichen Berufe oder, im Rahmen der ärztlichen Hilfsthätigkeit zu bleiben, dem Hebammenberufe vergleichbar, selbstständig als ihr Fachgebiet, das ihnen gleichfalls die Mittel zum Lebensunterhalt durch directe Honorirung ihrer beruflichen Leistungen bietet, betreiben. Wenn häufig von Seiten der Genossenschafts-Organisationen darauf hingewiesen wird, dass in dem Falle der directen Bezahlung der beruflichen Leistungen an die Personen ein principieller Unterschied für die gesellschaftliche Bewertung der beruflichen Thätigkeit der freien Pflegepersonen einerseits, Mitglieder der Krankenpflege-Verbände andererseits zu erblicken sei, so ist die Thätigkeit der letzteren Art von Pflegepersonen gern als „rein humanitäre“ bezeichnet wird, so ist diese Auffassung wohl als ganz zutreffend und den Thatsachen entsprechend anzusehen, auch die Mitglieder der Genossenschafts-Organisationen bei ihrer Zugehörigkeit zu dem betreffenden Verbands, wenn auch in mehr indirecter Weise ihren Lebensunterhalt und sogar häufig eine sehr weitgehende wirthschaftliche Fürsorge finden, ohne deren Vorhandensein sich meistens derselben, nämlich die selbst von Hause aus nicht materiell günstig gestellten, wohl kaum der Krankenpflegeethätigkeit widmen würden. Den allgemein geltigen Vorstellungen der Gegenwart entspricht vollkommen, eine verantwortungsvolle und pflichtenreiche Berufsthätigkeit gegen directes materielles Aequivalent (Honorirung) auszuüben, ohne dadurch die Schätzung und das Ansehen des betreffenden Berufes in gesellschaftlicher Hinsicht irgendwie Einbusse erleidet.

Die Anfänge der „freien Krankenpflege“ reichen fast bis zur Zeit der Reformation zurück, und ihre Entstehung ist darauf zurückzuführen, dass zu damaliger Zeit von den verschiedenen geistlichen Krankenpflegegesellschaften dargebotenen krankenpflegenden Brüdern und Schwestern numerisch nicht ausreichten, um die in immer wachsender Zahl in den grösseren und begründeten Krankenhäusern mit dem erforderlichen Personal für Krankenwartung zu versehen. Die selbstständigen, freien, auch als Lohn- oder Lohnkrankenpfleger und -pflegerinnen bezeichneten Pflegepersonen waren indessen bis gegen das Ende des 18. Jahrhunderts nur in verhältnissmässig geringer Zahl vorhanden, weil einerseits ein erheblicher Theil der grösseren Krankenanstalten durchweg mit dem Personal der kirchlichen Orden gelieferten Krankenpersonal besetzt war, andererseits der Verdienst, welchen die gewerbsmässige Krankenpflege im Verhältniss zu den vielen Unannehmlichkeiten, Mühen, Verantwortlichkeiten und Gefahren, die mit der berufsmässigen Ausübung der Krankenpflege verbunden sind, so gering war, dass sich nur verhältnissmässig sehr wenige Personen bereit fanden, sich diesem Er-

werbszweige zu widmen. Aus dem letzteren Umstande erklärt es sich auch, dass man, um das erforderliche Personal für die grösseren weltlichen Krankenanstalten zu gewinnen, in früheren Zeiten sehr oft seine Zuflucht zu minderwerthigen Elementen der menschlichen Gesellschaft nehmen musste, welche den Krankenpflegeberuf als einen letzten Rettungsanker im Leben, in dem sie schon vorher Schiffbruch gelitten hatten, ansahen. Es lässt sich nicht leugnen, dass das „Lohn-Pflegepersonal“, welches wir nach den zeitgenössischen Berichten in den grösseren Krankenhäusern des 17. und 18. Jahrhunderts antreffen, sich zu einem überwiegenden Theile aus wenig vertrauenswürdigen Personen, ja aus Landstreichern und Dirnen, rekrutirte. Dementsprechend war es nicht zu verwundern, wenn das Lohnpersonal der damaligen Zeiten in der gesellschaftlichen Achtung einen niedrigen Rang einnahm und in Folge des in seinen Reihen in starkem Maasse vorhandenen Contingents an rohen und gänzlich ungebildeten Personen im grösseren Publicum Vorurtheile hervorrief, deren Consequenzen in bezug auf die gesellschaftliche Werthschätzung des selbstständigen Krankenpflegeberufes noch heutigen Tages nicht ganz getilgt sind, wenngleich sich inzwischen das Niveau der gewerbmässigen Krankenpfleger und Krankenpflegerinnen auf eine wesentlich höhere Stufe hat erheben lassen. Eine Verbesserung und Vervollkommenung dieser freien Pflegegruppe und eine grössere Befähigung der Lohnpflegepersonen trat erst beim Beginne des 19. Jahrhunderts ein, nachdem eine Anzahl hervorragender Aerzte energisch auf die Unzulänglichkeit der damaligen Verhältnisse hingewiesen hatte. Auf ihre Veranlassung erfolgte an einer Reihe grösserer allgemeiner städtischer Krankenhäuser die Begründung von sogenannten „Krankenwärterschulen“, die einen von Aerzten geleiteten Unterricht mit einer für die damalige Zeit ausreichenden systematischen Eintheilung des Lehrstoffes für die personelle Krankenwartung darboten. Durch fortschreitende Vermehrung derartiger Unterrichtsanstalten gelang es allmählich, ein mit besserem Kenntnissen ausgestattetes und von den fundamentalsten Aufgaben des Krankenpflegeberufes mehr durchdrungenes Hilfspersonal zu erziehen. Immerhin jedoch waren die Erfolge, welche mit den „Wärtern und Wärterinnen“ erzielt wurden, keine dauernd zufriedenstellenden, was hauptsächlich darin seinen Grund hatte, dass man, da die Zahl der sich zum Eintritt in den Unterricht Meldenden nicht sehr gross war, nicht allzu wählerisch hinsichtlich des Bildungsniveaus sein konnte, ferner auch die Unterrichtsdauer für unsere heutigen Anschauungen zu kurz bemessen war und vor Allem das ausgebildete Pflegepersonal meist nicht dauernd bei der Pflege thätigkeit ausharrte, sondern mehr eine unbeständig fluctuirende Menge aus anderen Berufsarten zusammengeströmter und zeitweilig sich der Krankenwartung zuwendender Personen darstellte, über deren fernere Thätigkeit eine Controlle nicht ausgeübt werden konnte. Auf diese Weise erklärt es sich, dass noch bis auf die Gegenwart die ausserhalb der Genossenschafts-Organisation stehende „freie Krankenpflege“ im Allgemeinen hinter dem Niveau der beruflich



ungsart mit Recht nicht selten Klage geführt wird, ist bisher auch von den Vorkehrungen zur Sicherstellung bei Krankheit, Alter und Invalidität für die selbstständigen Pflegepersonen noch nichts geschehen, doch eine Regelung dieser im Interesse einer Vervollkommnung der Krankenwartung sehr besserungsbedürftigen Verhältnisse dringend notwendig. In ebenso ungünstiger Lage befinden sich nach dieser Richtung hin die selbstständigen Pflegepersonen, welche sich in der Privatkrankenpflege selbstständig bethätigen; neben der Ungewissheit der Existenz, der dauernden oder zeitweiser Beschäftigungslosigkeit macht sich auch bei dieser Gruppe der Mangel einer geeigneten Sicherung bei Krankheit, Invalidität geltend. Zweifellos trägt auch das Vorhandensein eines „freien Wettbewerbes“, um ein modernes Schlagwort zu gebrauchen, das ungenügend vorgebildeter, sittlich defecter und einem allgemeinen Kurpfuscherthum huldigender Personen erheblich dazu bei, die Existenzbedingungen, die „wirthschaftliche Gesundheit“ und dadurch indirect die therapeutische Valenz der selbstständigen Privatpflege zu beeinträchtigen. Es steht jedoch zu hoffen, dass durch die Gründung der vom Verfasser ins Leben gerufenen Landes-Organisation der selbstständigen Krankenpflegepersonen, welche im Wesentlichen in einem ärztlicher Controlle unterstehenden und ärztlichen Einflüssen unterliegenden Verbände von einzelnen Landesvereinen, die sich allmählich immer weiter über Deutschland ausdehnen soll, besteht, und durch den Rahmen dieses „Deutschen Krankenpfleger-Bundes“ zu schaffenden Einrichtungen ein gangbarer Weg gefunden ist, um auch nach der Richtung der „freien“ Krankenpflege hin eine Vervollkommnung der Krankenwartung zu erzielen, wie sie vom ärztlich-therapeutischen Standpunkte dringend erwünscht ist.

eine grössere Anzahl von Kranken gleichzeitig und dauernd neben einander zu verpflegen sind, während es sich ja im Privathause gewöhnlich nur um einen einzelnen Kranken und um eine nur zeitweise, meist kürzere persönliche Hilfeleistung handelt, ferner das Moment, dass im Krankenhaus von vornherein auf die Erfordernisse der Krankenpflege: wohl hinsichtlich der personellen als der materiellen Pflegemittel zugeschnitten ist, während in den Einzelfamilien die benötigten Hilfsmittel und Hilfskräfte für die Krankenpflege erst beim Beginne der Erkrankung eines Familienmitgliedes beschafft werden müssen, weist auf die erheblichen Abweichungen der beiderseitigen Verhältnisse hin. Es ist schwer zu sagen, ob die Menge der Anforderungen, welche von therapeutischen Standpunkte aus an die personelle Krankenwartung in den Krankenhäusern gestellt werden muss, eine grössere und mannigfaltigere ist als diejenige, welche für die private Fürsorge in Frage kommt. Hier wie dort sind eine Anzahl wichtiger Aufgaben zu lösen, die sich auf die personelle Krankenpflege beziehen, und deren umsichtige und zweckentsprechende Behandlung und Erwägung wesentlich dazu beitragen muss, das Wohlbefinden und die Genesung der Kranken zu unterstützen.

Zunächst handelt es sich darum, für die kranken Insassen der Hospitäler ein hinreichend zahlreiches und den ärztlichen Anforderungen entsprechendes Pflegepersonal zur Verfügung zu haben. Insbesondere das numerische Verhältniss der Pflegepersonen zu den Kranken ist ein ausserordentlich wichtiger Punkt, dessen befriedigende Regelung allerdings gegenwärtig noch auf grosse Schwierigkeiten stösst und daher an vielen Orten noch aussteht. Denn in gleicher Weise wie in der privaten Krankenpflege macht sich noch immer auch in der Hospitalkrankenpflege ein oft beklagter und sehr fühlbarer Mangel an verwendbaren Pflegepersonen überhaupt geltend, der auch in der Gegenwart noch vielfach einerseits dazu nöthigt, Personen in den Hospitalpflegedienst einzustellen, welche, sowohl was ihre fachliche Vorbildung als ihre ethische und intellectuelle Qualification anlangt, nicht als ganz einwandfrei angesehen werden können, andererseits die Veranlassung dazu bildet, dass nicht in allen Krankenanstalten eine so grosse Anzahl von Krankenpflegepersonen auf den einzelnen Krankenabtheilungen für die Kranken bereitgestellt werden, als es die Zahl der in den betreffenden Krankenzimmern untergebrachten Kranken erheischt. Im Allgemeinen rechnet man in Uebereinstimmung mit den von v. Leyden (vgl. Ueber Specialkrankenhäuser 1890. pag. 10) angegebenen Verhältnissen, dass in den grösseren allgemeinen Krankenhäusern auf ca. 10 Kranke je eine Pflegeperson kommen müsse, wenn für die personelle Krankenwartung in ausreichender Weise gesorgt sein soll. Naturgemäss kann mit der Aufstellung dieses Verhältnisses nur ein ungefährer Anhaltspunkt gegeben sein, da die Grösse der Krankenzimmer, ferner die Art der Erkrankungen, die besondere Leistungsfähigkeit der betreffenden Pflegepersonen und andere ähnliche Umstände in den einzelnen Anstalten mit ins Gewicht fallen. Im Allg.

es macht sich erfreulicherweise gegenwärtig das Bestreben bemerkbar im Gegensatz zu früheren Zeiten, in denen man nicht selten eine Pflegeperson mit der Fürsorge für 30—50 Kranke betraute, die der in den einzelnen Krankenzimmern stationierten Pfleger und Pflegerinnen zu erhöhen, um eine sorgsamere und mehr auf die individuellen Bedürfnisse der Kranken Rücksicht nehmende Abwartung zu erreichen. Die Durchführung dieses Fortschrittes in der Krankenpflege begünstigt und unterstützt durch die in den neueren Krankenzimmern sich in stetig zunehmendem Masse zeigende Gepflogenheit, weniger grosser Krankensäle mit vielen Betten lieber eine erhebliche Anzahl kleinerer Krankenzimmer mit verhältnissmässig wenigen Betten einzurichten. Auf diese Weise wird es möglich, für einen Krankenzimmer mit 6—8—10 Betten eine besondere Pflegekraft einzustellen, zu deren Unterstützung zweckmässigerweise noch eine in der Ausbildung begriffene Lehrpflegeperson beigegeben wird. In manchen Krankenzimmern scheitert noch heute die Ausstattung der Krankenzimmer mit hinreichenden Kräften für die personelle Krankenwartung an der geringfügigkeit der für diesen so wichtigen Zweck zur Verfügung stehenden materiellen Mittel, es ist jedoch zu hoffen, dass die der modernen Wertschätzung der wissenschaftlich geordneten Krankenpflege in der Krankenbehandlung entsprechende Einsicht, dass eine gute und ausdauernde personelle Wartung der Kranken eines der wesentlichsten Erfordernisse für ein Krankenhaus, das auf der Höhe der Zeit stehen soll, bildet, ausnahmslos dazu führen wird, gerade für diesen Punkt im Hospital die nothwendigen Mittel flüssig zu machen und zu ermöglichen, dass einerseits genügend zahlreiche Pflegepersonen auf jeder Krankenabtheilung vorhanden sind, andererseits aber die dauernd angestellten Krankenpfleger und Krankenpflegerinnen in allen Anstalten ein hinreichend hohes Gehalt beziehen, welches den hohen Anforderungen, heutzutage an ihre Leistungsfähigkeit gestellt werden, entspricht. Erfüllung des letzteren Postulats, für welche neuerlich wiederholt Seiten der Aerzte und der Pflegepersonen eingetreten worden ist, wird erheblich dazu beitragen, ein ausdauernderes, tüchtigeres Hilfsmittel für die Anstaltspflege zu gewinnen, dürfte auch sicherlich dazu beitragen, gebildete Elemente in grösserem Umfange für die personelle Krankenwartung heranzuziehen.

Die Zahl der für die Anstaltspflege benötigten Pflegepersonen hängt, schon berührt, auch von der Art der in den betreffenden Hospitälern verbrachten Kranken ab. Besonders ist die Frage von Wichtigkeit, ob es sich um leichtkranke oder schwerkranke Patienten handelt. Für Wachsäle der grösseren allgemeinen Krankenhäuser ist natürlich ein reicheres Personal erforderlich, als für die Stationen, auf denen zum Theil umhergehende Kranke oder Rekonvaleszenten ihre Unterkunft haben. Die Pflege schwerkranker, fiebernder, unbehilflicher Personen an die Krankenwartung häufig fortwährende Anforderungen in Bezug auf Handlungen und Hilfeleistungen stellt, so ist es klar, dass hier eine

grössere Zahl von personellen Hilfskräften gebraucht wird, um ein nichts vernachlässigende und individualisirende Pflege zu ermöglichen. In manchen Krankenanstalten werden daher für Schwerkranke, die besonders viel Hilfe brauchen, überzählige Pflegepersonen, sogenannte „Extrapflegen“ eingestellt, damit sich diese den betreffenden Kranken ganz widmen können und die reguläre, für die Säle ohnehin bestimmte Krankenwartung entlasten. Dieses sehr empfehlenswerthe System ist besonders in England und Amerika in grösserem Umfange verbreitet (vgl. v. Leyden l. c. pag. 25), sowohl auf den inneren Abtheilungen, als den chirurgischen, während es in Deutschland, auf den letzteren schon seit längere Zeit geübt, auf den ersteren sich erst in den letzten Jahren mehr eingebürgert hat. In den Specialkrankenanstalten, wie sie für die verschiedensten Krankheitsgruppen sich besonders im jüngsten Jahrzehnt entwickelt haben, liegen die Verhältnisse zum Theil abweichend von den für die allgemeinen Krankenhäuser geltenden; hier spielt eben die Eigenart der Erkrankungen eine besondere Rolle. Was die Heilanstalten für Lungenkranke anlangt, so kann in den neuen Volksheilstätten, die allenthalben jetzt in Deutschland errichtet werden, die Zahl des erforderlichen Pflegepersonals eine geringere sein als in den allgemeinen grossen Krankenhäusern, da es sich hier ja fast ausschliesslich um die Pflege Leichtkranker, im ersten Stadium der Erkrankung Befindlichen handelt. Aus statistischen Erhebungen, die ich vor Kurzem über die Verhältnisse anstellen konnte, ergab sich, dass im Allgemeinen in den deutschen Volksheilstätten nur halb so viel Pflegepersonal als nöthig achtet wird, als in den allgemeinen Krankenhäusern; durchschnittlich kommen auf 100 Kranke 5 geschulte Pflegepersonen (vgl. P. Jacobsohn Das Krankenpflege-Personal in Specialkrankenanstalten, insbesondere in Lungenheilstätten. Berl. klin. Wochenschr. 1898. pag. 1117 ff.). In den Privatheilanstalten für Lungenkranke hingegen, welche vielfach aus Patienten in vorgeschrittenen Krankheitsperioden aufnehmen und verpflegen, wird allerdings dieses Verhältniss oft eine Abänderung erleiden müssen, insofern hier häufig zweifellos mehr Pflegekräfte von Nothen sind. In den Anstalten für Geisteskranke hängt die Zahl der für die Wartung erforderlichen Personen in erster Linie von der Gemeingefährlichkeit der Kranken, in zweiter von dem allgemeinen körperlichen Zustande derselben ab. In den Abtheilungen, in welchen unruhige, zu Wuthausbrüchen geneigte oder auch an häufigen Krampfanfällen leidende Kranke untergebracht sind, ferner auch zur Obhut von Kranken, die selbstmörderische Absichten befürchten lassen, bedarf es vermehrt Pflegekräfte, ebenso auch zur Pflege derjenigen Kranken, die durch Lähmungen besonders unbehilflich geworden sind. Hier wird ebenfalls bereits vielerorts das System der „Extrapflegen“, nach dem für besonders schwierige Fälle überzählige Pflegepersonen zur Verfügung gestellt werden, geübt. In den Specialkrankenanstalten für Kinder wird allgemein ein besonders reichliches Pflegepersonal gegenwärtig als nothwendig erachtet; auf 2—4 Kranke schon wird eine Pflegerin

sich wiederum ein Unterscheid zwischen den Schwerkranken und Kranken geltend. Letztere bedürfen zur Nachtzeit keiner ständigen elbaren Bewachung; es genügt bei ihnen, dass sie in der Lage bei unvorhergesehenen Zufällen leicht eine Pflegeperson an das Bett zu rufen, was durch Benutzung einer nahe ihrer Lagerstätte achten, in den Schlafräum der Pflegerin führenden Klingel ges kann. Erstere hingegen benöthigen bei Nacht einer ununter- ten Beaufsichtigung und Fürsorge durch wachbleibende Personen, die Verantwortung dafür übernehmen, dass auch zur Nachtzeit andreichungen dem Kranken ungesäumt und in zweckmässiger geleistet werden, deren er bedarf, und die in der Lage sind, den d der Schwerkranken von Zeit zu Zeit zu controliren, um recht- die Hilfe des Arztes in Anspruch zu nehmen. Im Allgemeinen ich sagen, dass die Kranken zur Nachtzeit etwas weniger An- ngen an die Hilfsthätigkeit der Pflegepersonen stellen als am weil einerseits manche Aufgaben der Pflege, wie die Kranken- und die Krankenernährung, hier weniger in Frage kommen, an- its die meisten Kranken doch einen grösseren oder geringeren der Nacht schlafend verbringen; es können daher auf den Ab- gen, auf denen nicht viele Schwerkranke zusammenliegen, wohl chtwache häufiger eine grössere Anzahl von Kranken anvertraut als am Tage. Es erscheint jedoch nach den bisher gemachten ungen als geboten, die einer einzigen Pflegeperson übergebene Zahl anken keinesfalls zu hoch zu wählen, jedenfalls sie nicht über 15 zu erhöhen, da sonst leicht Fälle eintreten können, wo zum Schaden anken die Wartung sich als nicht ausreichend erweist. Zweifellos muss die Forderung erhoben werden, dass die wachende Person m Platze postirt wird, der gestattet die Gesamtzahl der in

man überträgt den Nachtdienst in den Krankensälen, in denen ca. bis 12 Schwerkranke untergebracht sind, überhaupt nicht einer einz Pflegeperson, sondern stellt hierfür immer gleichzeitig 2 personelle K ein, welche gemeinsam den Nachtdienst versehen und so in der I sind, sich gegenseitig in wünschenswerther Weise zu ergänzen und unterstützen, oder man verwendet zwar eine ständige Nachtwache, derselben aber je nach Bedürfniss für besonders schwere Fälle eine zwei Hilfskräfte als „Extrawachen“, die sich dann vorwiegend um besonders Schwerkranken bemühen, zur Seite. Auf diese Weise auch am besten die Schwierigkeit beseitigt, welche bei nur einer W person entsteht, wenn es nöthig wird, den entfernter stationirten herbeizurufen, ohne den Krankensaal für kurze Zeit unüberwach lassen. Dass als verantwortliche Nachtwachen stets nur erfahrene gut geschulte Pflegepersonen verwendet werden sollten, bedarf eig kaum noch der Hervorhebung. Die mancherorts anzutreffende aus weise Benutzung dem Anstaltsorganismus fernstehender Personen, nebenbei am Tage noch einen anderen Beruf haben, ist eine we zweckmässige Einrichtung, die durch Besseres ersetzt werden sollte; ist nothwendig, dass die Nachtwachen aus dem der betreffenden Ans zur Verfügung stehenden Pflegepersonalkörper ausgewählt und stän für diese Art der Krankenwartung designirt werden. In manchen Krank häusern ist der Nachtdienst in der Weise geregelt, dass alle zwei Nac die betreffenden Pflegepersonen von anderen abgelöst werden; das indess den erheblichen Uebelstand, dass die einzelnen Pfleger oder Pfe rinnen die Kranken und ihre individuellen Pflegeersfordernisse nicht ge kennen lernen und auch der Arzt gezwungen ist, immer von Neuem instruiren, ohne dabei in Folge des starken Wechsels die Gewähr ei gleichmässigen Pflege zu haben. Anderorts sind dauernde Nachtpfle und Nachtpflegerinnen angestellt (besonders in England ist dies Syst sehr verbreitet), welche während eines längeren Zeitraumes, der t über eine Anzahl Wochen, ja Monate erstreckt, Nacht für Nacht i Wachdienst auf einer bestimmten Station versehen. Zweifellos hat solches Arrangement grosse Vortheile, nicht nur für den Kranken, s dern auch für den Arzt und die Hospital-Verwaltung; der Dienst ist regelmässige Bahnen gelenkt und die Pflege ist eine gleichbleibende. Es s allerdings Stimmen laut geworden, welche, wohl mit Recht, dafür eingetre sind, die für den ständigen Nachtwachdienst designirten Pflegepersonen ni länger als etwa einen Monat hintereinander in dieser Art zu bethätig da die veränderte Lebensweise bei langdauernder beständiger Nachtpf auf den Gesundheitszustand der Pflegenden schädigend einwirken k (vgl. M. Seiffert, Nachtwachen im Hospital und in der Privatpfe Deutsche Krankenpflege-Zeitung. 1898. pag. 265). Andererseits hal Pflegepersonen häufig Monate lang hintereinander sich der Nachtpf gewidmet, ohne dass sich irgend ein gesundheitlicher Nachtheil für hätte constatiren lassen; es kann nicht zweifelhaft sein, dass die ind duelle Körperconstitution hierbei eine beachtenswerthe Rolle spielt. V

man in diesem Punkte sicher gehen, so empfiehlt es sich in der That, den ständigen Nachtdienst nicht über den Zeitraum von vier Wochen bei derselben Person auszudehnen. Dafür spricht auch der Umstand, dass nach Ablauf von vier Wochen die Mehrzahl der Schwerkranken des betreffenden Krankensaales sich in einem solchen Zustande befinden dürften, dass sie den nothwendig werdenden Wechsel der Pflegeperson besser ertragen. Freilich muss auch bei solcher reducirten ständigen Nachtpflege geeignete Fürsorge getroffen werden, um das Personal zu schonen und gesund und frisch zu erhalten. Es ist nöthig, dass den Nachtwachen am Tage genügende Zeit zum Schlafen in verschliessbaren, ruhigen, nicht im Krankenhausinnern belegenen, hinreichend grossen Räumlichkeiten gegeben wird, dass ihre Ernährung in geeigneter Weise geregelt wird und sie zu körperlichen Uebungen in frischer Luft, zu kühlen und erquickenden Bädern und Abwaschungen angehalten werden. Empfehlenswerth dürften die folgenden, aus langjähriger Berufserfahrung geschöpften Rathschläge sein: „Wenn die Pflegeperson von der Station gekommen ist, sich Gesicht und Hände mit frischem Wasser gebadet, sich zum Frühstückstisch gesetzt und ein ausreichendes Mahl genommen, sollte sie nicht gleich zu Bette gehen, sondern sich erst eine Stunde in frischer Luft aufhalten; danach ein kaltes oder warmes Bad nehmen, je nachdem Gewohnheit oder constitutionelle Rücksichten es erfordern. Wenn sie um 9 Uhr 30 Min. Vormittags ihr Bett aufsucht und bis Abends 5 Uhr 30 Min. oder 6 Uhr durchschläft, so ist dies das Ausreichende. Es ist dringend anzurathen, sich nicht zu Mahlzeiten wecken zu lassen, wir nehmen ja auch in der Nacht, während wir schlafen, kein Essen zu uns, sondern man nehme Mitternacht stets sein volles, warmes Mittagessen ein. Die erste ausreichende warme Mahlzeit sollte um 6 Uhr Abends eingenommen werden, wobei ein völliges und fertiges Ankleidetsein erwartet wird.“ Diese Forderungen haben zweifelsohne ihre Berechtigung; auch hier sehen wir, wie eine sachgemässe Fürsorge für die Bedürfnisse des Pflegepersonals eine wichtige Grundlage für die Qualität seiner Leistungsfähigkeit darstellt. Aber erfüllt sind diese Wünsche bisher in vollem Umfange erst in wenigen Hospitälern. Nicht selten wird noch eine warme Hauptmahlzeit während der Nachtwache als überflüssiger Luxus betrachtet, und die den Pflegepersonen zugewiesenen Schlafräume lassen vielerorts noch sehr zu wünschen übrig; nicht selten befinden sie sich — von der nicht ernsthaft discutablen Einrichtung mancher älterer Anstalten, wo die Pflegerin im Krankenraume selbst unter einem Bettschirm schläft, ganz zu schweigen — in unmittelbarer Nähe der Krankensäle und nicht genügend dem Getriebe der Anstalt entzogen. In den neueren Krankenhäusern werden indess, es ist dies ein entschiedener Fortschritt, die Schlafräume für das Pflegepersonal in eigenes Gebäude verlegt. Erwähnt sei, dass die Kleidung der Nachtpflegepersonen von der am Tage üblichen Diensttracht nicht abweichen darf. Unstatthaft erscheint es, wenn die Hausvorschriften den Nachtwachen eine zu weit gehende Ausdehnung des nächtlichen Dienstes in

den nächsten, der Ruhe bestimmten Tag hinein zumuthen und ihm einen Theil der Thätigkeit der Tagpfleger und -Pflegerinnen aufbürden als zweckmässig ist eine derartige Regelung zu bezeichnen, welche den gesammten 24stündigen Pflegedienst in eine entsprechende Tag- und Nachthälfte zerlegt. In England und Amerika hat man neuerdings so begonnen, den täglichen Gesamtdienst in drei gesonderte Abschnitte einzutheilen; die Durchführung dieser Maassregel würde allerdings erheblich zahlreicheres Pflegepersonal zur Voraussetzung haben und verläufig an den meisten Orten aus materiellen Gründen auf unüberwindliche Schwierigkeiten stossen. Die Heranziehung der den Nachtdienste verschenden Pflegepersonen zum ganzen oder theilweisen Tagesdienst gänzlich zu verwerfen, weil sie einerseits die Pflegenden überanstrengen andererseits doch nicht eine leistungsfähige Krankenwartung ermöglichen. An den meisten Krankenanstalten dauert der Nachtpflegedienst von 8 oder 9 Uhr Abends bis 6 oder 7 Uhr Morgens, zu welchen Zeiten die Ablösung mit den sich der Tagpflege widmenden Personen erfolgt; bei der Ablösung vollzieht sich auch die mündliche Berichterstattung bezugnehmend auf die Verordnungsanweisung nebst der Uebergabe des „Wachberichtbuches“, dessen Führung allgemein sehr zu empfehlen ist, insofern sie eine fortlaufende Beobachtung verbürgt und obenein die Wachen gegen das Einschlafen schützt. Am schwierigsten gestaltet sich der Nachtwachdienst in den Irrenanstalten, wo häufig eine grössere Anzahl unruhiger Geisteskrank und auch an Krämpfen leidender Kranker zu überwachen sind. In manchen dieser Anstalten ist die Sache so geregelt, dass die Nachtwache, für die zwei männliche oder weibliche Pflegepersonen designirt sind, unter ihnen in zwei Theile getheilt wird, so zwar, dass etwa der eine Pfleger von 9—11½ Uhr, der zweite hingegen von 11¼—6 Uhr Morgens wacht. Während des Wachbleibens des einen schläft der andere in einem in der Nähe befindlichen besonderen Bett, das nicht durch die Thüren vom Wachraum getrennt sein darf, nur soweit entkleidet, dass er im Nothfall schnell zur Hand sein kann. Empfehlenswerth für den Nachtpflegedienst sind die besonders in den Anstalten für Geisteskrank eingeführten Controluhren, deren Zifferblatt vom Wachhabenden ½—1 Stunde mit einer Durchlochung versehen wird, um der Anstaltsverwaltung gegenüber und für sich selbst einen sicheren Anhalt für das Wachbleiben zu haben. Mit der Zahl der der Nachtwache anvertrauten Kranker wächst natürlich die Verantwortung und die Schwierigkeit der zu erfüllenden Aufgaben. Dass es nicht zweckmässig ist, einer Person einen Kranken bei Nacht zur Bewachung zu übergeben, wurde bereits angedeutet: sehr unerwünschter Nachtheil aber für die Kranken kann daraus entstehen, wenn, wie dies zuweilen heute noch vorkommen mag, eine einzigen Pflegeperson die nächtliche Obhut für mehrere getrennt liegende Krankenstationen übertragen wird, so dass sie dann, gerade in dem Augenblicke beschäftigt, unmöglich in der Lage ist, die Kranken der anderen Abtheilung zu überwachen. Wiederholt waren derartige mangelhafte Einrichtungen daran schuld, dass z. B. delirirende Kranke sich selbst



## Fürsorge auf dem Gebiete der Krankenwartung.

Mitinsassen erheblichen Schaden zufügen. Es kann  
gesetzt aufgestellt werden, die Pflege bei Nacht stets  
die betreffenden Säle keinen Augenblick ganz ohne  
kann auch die Inanspruchnahme des Arztes, wenn sie  
ötzlich nothwendig wird, nicht durch die wachende  
erfolgen, sondern es bedarf hier geeigneter telegraphi-  
scher Hausanlagen, durch deren Benutzung der  
citirt werden kann, oder man verwendet das System  
diener, welche sich in der Nähe der Stationen als  
diese Einrichtung hat sich in grösseren Krankenanstalten  
t. In den grösseren Krankenhäusern ist ja für eine  
keit ärztlicher Hilfe im Allgemeinen gut gesorgt durch  
g, dass einer oder mehrere Aerzte in der Anstalt selbst  
de Wohnung haben; in kleineren Orten aber giebt es noch  
talteten kleineren Stiles, welche zur Nachtzeit ohne Arzt sind.  
ess sehr wünschenswerth, dahin zu streben, dass selbst in den länd-  
Krankenhäusern stets nächtliche ärztliche Hilfe leicht erreichbar sei.  
enn wir oben angedeutet haben, dass die Nachtpflege in den  
ältern im Allgemeinen geringere Anforderungen an die personelle  
enwartung stelle als die Tagpflege, so war damit hauptsächlich  
mstande Rechnung getragen, dass sich eine mehr oder weniger  
Anzahl selbst der schwerer Erkrankten während der Nachtzeit

stände des Schlafens befinden. Keineswegs aber darf daraus ge-  
werden, dass die Uebernahme dieses Zweiges der Krankenwartung  
r Ansprüche an die technische Leistungsfähigkeit und die Er-  
beit der Pflegepersonen stelle. Ein principieller Unterschied  
en der Pflegethätigkeit bei Tage und bei der Nachtwache besteht  
ner Weise und alle beruflichen Erfahrungen und Maassnahmen  
beim Nachtdienst genau in derselben Weise zur Anwendung ge-  
wie beim Tagesdienst, dem wir nunmehr eine eingehendere Be-  
g zu schenken haben.

a auch in den Hospitälern, ebenso wie in der Privatpflege, die  
elle Krankenwartung, den nur auf kurze Zeit am Krankenlager  
nenden Arzt vertretend, in der Hauptsache die belebte Umgebung  
anken bildet, so muss sie dem allgemeinen Regime der wissen-  
sch geordneten Krankenpflege entsprechend nach Möglichkeit so  
t werden, wie es für den Zustand der Kranken am vorthail-  
en und zweckmässigsten ist. Von dem numerischen Verhältniss  
egepersonen zu den Kranken ist bereits die Rede gewesen. Das  
ste Erforderniss ist sicherlich, auch bei der Hospitalpflege dafür Sorge  
en, dass, obgleich hier fast stets eine Anzahl Kranker in demselben  
untergebracht sind, doch einem Jeden von ihnen eine eingehende,  
lle, sorgsame, den individuellen Bedürfnissen Rechnung tragende  
und Hilfeleistung dargeboten wird. Ebensowenig wie in der Privat-  
ist es dem Arzte im Krankenhause möglich andauernd am Kranken-  
zu verweilen; er muss sich auf seine ordnungsmässigen Visi

beschränken, die ihm eine hinreichende persönliche Untersuchung Beobachtung der Kranken gestatten, im Uebrigen aber muss er vertrauensvoll auf die Thätigkeit und Tüchtigkeit des den Kranken ständig umgebenden Pflegepersonals verlassen, diesem die fachgemäße Ausführung seiner Anordnungen, die Summe der zur Krankenpflege hörigen kleinen Hilfen und Handreichungen, die Beobachtung und Ueberwachung der Kranken in der zwischen seinen Besuchen liegenden übertragend. Die ausserordentlich wichtigen Aufgaben, die in die Weise der personellen Krankenwartung zufallen, bedürfen zu ihrer friedigenden Lösung naturgemäss nicht nur genügend zahlreicher, sondern auch ihren körperlichen, geistigen und charakterlichen Qualitäten nach ausreichender Persönlichkeiten, welche sich der Wartung der Kranken unterziehen. Es ist wohl ausser Frage, dass die Hospitalpflege im Allgemeinen eine schwierigere Aufgabe für die Krankenwartung darstellt als die Privatpflege in der Behausung des Einzelnen, weil die verwickelten Betriebsverhältnisse des Krankenhauses und insbesondere die Thatsache, dass hier stets mehrere Kranke zugleich der Obhut des einzelnen Pflegeanheimgegebenen sind, die Anforderungen mannigfaltiger und complicierter gestalten. Aber andererseits ist das Krankenhaus so recht die eigentliche Schule und Lehrstätte für das Gesamtgebiet der Krankenpflege mit Einschluss ihrer schwersten Formen, es bildet die geeignetste „Almater“ für den Krankenpflegeberuf und gerade die Fülle der sich anbietenden Aufgaben und die Vielseitigkeit der zu bewältigenden Pflichtenmaassnahmen hat die Erkenntniss herbeigeführt, dass eine längerdauernde vorgängige Krankenhausthätigkeit erst diejenige Reife und Erfahrung der Krankenwartung zeitigen kann, welche die fertiggeschulten Pflegepersonen auszeichnen soll. Ein jedes Krankenhaus bedarf dementsprechend zunächst eines festen Stabes vollgeschulter, erfahrener, älterer Berufspfleger und Berufspflegerinnen, in deren Hände die mehr selbstständig und die verantwortlichsten Posten gelegt werden. Diese Posten werden gewöhnlich durch die sogenannten Oberpfleger- bzw. Oberpflegerinnenstellen gebildet, wie sie fast auf allen Krankenhausstationen eingerichtet werden. Nächste dem Arzte lastet auf den Vertretern dieser Stellen die grösste Verantwortung für eine gute, sachgemässe und kunstgerechte Pflege der Kranken; für sie wählt man daher besonders zuverlässige, erprobt seit einer Reihe von Jahren im Krankendienst stehende Personen. Diesem Ober-Pflegepersonal wird dann ebenso zur Unterstützung als practischen Heranbildung in den Hilfeleistungen „von der Pike an“ „Unter- oder Hilfs-Pflegepersonal“ beigegeben, welches aus jüngeren noch im Lernstadium befindlichen Kräften besteht. Die grösseren Krankenhäuser verfolgen neuerdings fast ohne Ausnahme die Gewohnheit, ein geeignetes Pflegepersonal allmählich in grösserer Anzahl selbst heranzubilden, und dies geschieht vornehmlich in der eben angedeuteten Weise, dass die neu eintretenden Pflegepersonen zunächst als Hilfs- und Aushilfspfleger verwendet werden; es werden ihnen zunächst nur leicht practische Aufgaben zugemuthet. Sie übernehmen vorerst einzelne die

Verrichtungen leichter Art unter Anleitung und Controlle älterer Personen, hier etwa eine Extrapflege bei einem Schwerkranken, eine Nachtwache; dann übernehmen sie zeitweise einen kleinen Saal, in dem nur Leichtkranke untergebracht sind. Nach und nach werden ihnen sodann immer schwierigere Aufgaben übertragen, sie werden in der Berufsthätigkeit immer selbstständiger gemacht, und so erlangen sie endlich die nothwendige allseitige practische Berufserfahrung, bis sie in die Reihen des Oberpflegepersonals aufrücken, die verantwortliche Pflege einer eigenen Krankenstation erhalten und nun wieder mit den Kräften aus dem Schatze ihrer Erfahrungen und Kenntnisse helfen können. Wenn auch nach übereinstimmender Ansicht der Zeitgenossen die Pflegepersonen nach Ablauf eines („Lehr-“) Jahres heute mit Berechtigung der geschulten Krankenwartung zugerechnet werden dürfen, so sind doch eine Reihe von Dienstjahren erforderlich, um ein höheres und gewissermaassen künstlerisch verfeinertes Niveau der Leistungsfähigkeit im Krankenpflegeberufe zu erreichen.

Es kann hier nicht die Aufgabe sein, alle die kleinen technischen Details und manuellen Fertigkeiten eingehend zu schildern, welche die verschiedenen Thätigkeiten der personellen Krankenwartung, wie sie heute in den modernen Hospitälern geübt wird, liegen; es muss vielmehr nach dieser Richtung auf die sehr zahlreichen und vielfach recht brauchbaren und zweckmässigen Leitfäden und Lehrbücher der practischen Krankenpflege, die in den letzten Jahren, zumeist von erfahrenen und bewährten Krankenhausleitern, erschienen sind, verwiesen werden. Von diesen Schriften — besonders erwähnt seien hier die für das Pflegepersonal zur Anleitung bestimmten Werke von Th. Billroth, Rupprecht, G. Wagner, Salzwedel, Lazarus, Witthauer, Sick, Aufrecht, Hoff, Courvoisier, E. Lukes etc. — finden die Pflegepersonen auch manche, genaue und klare Belehrungen über die so mannigfaltigen und verschiedenen Handgriffe und Kunstfertigkeiten, welche im Krankenpflegeberufe unentbehrlich sind und deren sachgemässe und geschickte Ausführung wesentlich dazu beiträgt dem Kranken seine Unbequemlichkeiten und Schmerzen zu vermindern und ihm seine Lage zu erleichtern. Wir müssen an dieser Stelle darauf beschränken einen Gesamtblick auf die Aufgaben des Hospitalpflegedienstes zu werfen und die wichtigsten Ergebnisse desselben im Folgenden kurz vor das Auge zu führen.

In denjenigen Hospitälern, in welchen die Nachtpflegepersonen nicht auch in die Tagpflege einzugreifen und die am Morgen stattfindende Toilette zu besorgen haben, welches System nach den obigen Angaben keineswegs Empfehlung verdient, besteht die erste Aufgabe, sobald die personelle Krankenwartung herantritt, in der Reinigung der körperlichen Ordnung der Kranken, inclusive der erneuten Heranführung ihrer Lagerstätten. Es folgt dann die tägliche Reinigung der Krankenäle selbst sammt aller in ihnen vorhandenen und in Benutzung stehenden Geräthschaften. Hieran wiederum schliesst sich die Aufgabe, den Kranken die Morgenmahlzeit zuzuführen. Diese Thätigkeiten gehen

gleichzeitig einher mit der pünktlichen Darreichung der ersten Arzndosen und der sonst nothwendigen verordneten Heilmaassnahmen, ferner mit der Vornahme der dem Pflegepersonal übertragenen der Krankenbeobachtung dienenden Messungen bezl. der Körpertemperatur, des Puls, der Respiration, deren Ergebnisse auf den Bettkarten und den dazu bestimmten Formularen verzeichnet werden. Um allen diesen mannigfaltigen Aufgaben gerecht werden zu können und sie in zufriedenstellender Weise zu erledigen, bevor die erste ärztliche Visite auf dem Kranken saale beginnt, ist es nöthig mit dem Tagespflegedienst zeitig zu beginnen. Da in den meisten Krankenhäusern die ärztliche Morgenvisite um 9 Uhr, in manchen Anstalten sogar schon um 8 Uhr ihren Anfang nimmt, so müssen die Pflegepersonen ihr Werk bereits ca. 2 Stunden vor diesem Zeitpunkte beginnen, also um 7 resp. 6 Uhr Morgens. Die zwischen der ersten ärztlichen Visite und der zweiten, der Mittagvisite liegende Zeit wird zum grössten Theil durch die Ausführung der bei der Morgenvisite vom Arzte angeordneten Maassnahmen und durch die Aufgabe der Krankenernährung ausgefüllt.

Bei der Vollführung der ärztlichen Anordnungen spielt eine besonders wichtige Rolle das pünktliche Eingeben der für die betreffenden Kranken aus der Anstaltsapothek gekommenen Arzneien, für welches die Pflegepersonen verantwortlich zu machen sind. Es wird damit eine belangreiche und vertrauenerfordernde Aufgabe in die Hand der Krankenwartung gelegt, von deren sorgsamer und genauer Erfüllung oft der Erfolg der Krankenbehandlung zum grossen Theile abhängt. Nicht nur unbedingte Pünktlichkeit und Zuverlässigkeit, sondern auch ein Festhalten aller in Bezug auf die Darreichung der Medicamente gegebenen ärztlichen Wünsche, sondern auch eine geschickte und kunstgerechte Zuführung der betreffenden Substanzen zum Körper des Kranken ist erforderlich. Dies gilt sowohl für die innerlich aufzunehmenden Arzneien wie die verschiedenartigen Mixturen, Pulver, Pillen, Pastillen, Tabletten, die Thees und Mineralwässer, als auch für die äusserlich applicirenden Medicamente, die einzureibenden, aufzustreichenden oder einzuführenden Salben, die Pflaster, die flüssigen Einreibungen etc., bei deren Handhabung die peinlichste Sauberkeit, die grösste Accuratesse und das sorgsamste, schonendste Vorgehen nothwendig erscheint. Was die Ausführung sonstiger Heilvornahmen anlangt, die in den Bereich der Krankenpflege gerechnet werden, so sind vor Allem Ausspülungen der verschiedenen Körperhöhlen, Einspritzungen in ebendieselben und ferner subcutane Injectionen, Einträufelungen, Pinselungen, Einpulverungen, Einathmungen sodann die verschiedenen hydriatischen Proceduren, die kalten und warmen Voll- und Theilbäder, die Douchen, die medikamentösen Bäder, die warmen und kalten Umschläge, die Eisanwendungen, Uebergiessungen, Waschungen, Wärmeapplicationen in Form von Warmluftbädern, Wärmeumschlägen und Anwendung sonstiger Wärmeapparate zu erwähnen. Die Ausführung aller dieser so mannigfachen Hilfeleistungen wird in den Krankenanstalten häufig ausschliesslich der geschulten Krankenwartung übertragen.

wobei sich die Pflegepersonen naturgemäss ebenfalls aufs Genaueste an die ärztlichen Vorschriften zu halten haben; wenn auch bei der Vornahme dieser zu bestimmten therapeutischen Zwecken angeordneten Procedures jedes selbstständige Handeln für die Krankenwartung ausgeschlossen ist, so erfordert doch die kunstgerechte und zweckentsprechende Vollführung aller dieser Maassnahmen nach vielen Richtungen hin Uebung, practische Erfahrung und überdies die genaue Kenntniss aller hierfür nöthigen technischen Hilfsmittel des Krankencomforts.

Auch hinsichtlich der Krankenernährung kommt der personellen Krankenwartung eine wichtige, die ärztlich-therapeutischen Zwecke unterstützende Aufgabe zu; auch in dieser Hinsicht kann sie durch pünktliche, auf die Bequemlichkeit und Behaglichkeit des Kranken Rücksicht nehmende Darreichung der Speisen und Getränke, durch schonende, vorsichtige und sorgsame Zuführung derselben, durch eine gefällige und appetitfördernde Anrichtung des Essens, sowie freundlichen Zuspruch und Beseitigung störender Einflüsse aus der Umgebung viel beitragen, um dem Kranken die Nahrungsaufnahme leichter und angenehmer zu machen. Ebenso wird nicht selten in den Krankenanstalten die Zubereitung einer Anzahl schnell herzurichtender, einfacherer Krankenspeisen in die Hände der Pflegepersonen gelegt, wenn naturgemäss auch im Allgemeinen die Herstellung der Krankengerichte in grösseren Anstalten durch ein eigenes Küchenpersonal, allerdings häufig unter Anleitung und Oberaufsicht erfahrener Pflegerinnen, besorgt wird. Auch auf dem Gebiete der Krankenernährung sind die Krankenpflegepersonen immerhin nur mehr die Ausführenden als die Anordnenden, ähnlich wie bei der Arzneidarreichung: hier ist ebenfalls der behandelnde Arzt der Oberfeldherr, der nach wissenschaftlichen Erwägungen gemäss den individuellen Erfordernissen bei den einzelnen Kranken die Ernährungs-therapie regelt. Den Krankenpflegepersonen erwächst vielmehr in erster Linie die Aufgabe sich um das „Wie“, weniger um das „Was“ in der Ernährung der Kranken, die ihrer Obhut anvertraut sind, zu kümmern. In den grösseren Krankenanstalten kann sicherlich im Essen nicht eine so grosse Abwechslung geboten werden, wie sie in der Privatpflege sich der Begüterte beschaffen kann; aber doch ist man neuerdings allzusehr bestrebt im Rahmen des Möglichen bezw. der zur Verfügung stehenden materiellen Mittel den Kranken auch in den Hospitälern eine wohlschmeckende, abwechslungsreiche, appetitlich und sauber servirte Nahrung zukommen zu lassen. Auch durch den eigenartigen Krankheitszustand des Einzelnen sind ja der Mannigfaltigkeit der Speisen im Krankenhaus ziemlich enge Grenzen gezogen. Der Umstand, dass in einer grösseren Anstalt stets zahlreiche Kranke gleichzeitig in geeigneter Weise zu beköstigen sind, und dass unter diesen zahlreichen Kranken bereits eine grössere Anzahl Leichtkranker, deren Magendarmcanal keine besondere Rücksicht beansprucht, sich befinden, während andererseits wiederum eine Anzahl von Kranken nur leichter verdauliche Speisen geniessen und schliesslich die Schwerkranken, besonders die Fiebernden

in der Mehrzahl allein auf flüssige Kost angewiesen sind, hat zu geführt in den grösseren allgemeinen Krankenhäusern besond. „Diätformen“ zu normiren, welche in 3 oder 4 Abstufungen (als I. II. etc. Form bezeichnet) von der Kost der Gesunden bis zu der Schwerkranken führen. Mit diesen Diätformen, wie sie in den einzelnen Anstalten in bestimmten Diätformularen, die sich jedoch n sehr wesentlich von einander unterscheiden, fixirt werden, ist die p nelle Krankenwartung genau vertraut zu machen, um die gegebene Grundlagen für die Ernährung der Kranken, deren Zusammensetzung Arzt ständig controllirt, zu kennen. Durch die bei der Nahrungsreichung gemachten Wahrnehmungen über die „thatsächliche Nahrungsaufnahme“ und die Bekömmlichkeit der dargereichten Speisen im Ein fälle sind die Pflegepersonen in der Lage dem die Gesamtbehandl leitenden Arzte werthvolle Aufschlüsse, Handhaben, auch hier und einmal Vorschläge die Krankenernährung betreffend zu bieten. einem zu grossen Schematismus in der Speisendarreichung, wie er sc leicht die Folge der fixirten Diätformen sein könnte, vorzubeug empfiehlt es sich in den Krankenhäusern durch die sog. „Extrazulag zu den einzelnen Formen eine grössere Abwechslung und Mannigfal keit zu ermöglichen. Eine ausserordentlich wichtige Aufgabe der p nellen Krankenwartung besteht in der Verhütung von „Diätfehlern durch sorgsame Aufmerksamkeit nach dieser Richtung können schw Schädigungen der Kranken, wie sie nicht selten durch ihre eigene besonnenheit und die der sie besuchenden Personen herbeigeführt wer vermieden werden.

Eine besonders schwierige und zeitraubende Aufgabe der Krank wartung bildet sodann der Umgang mit den Kranken, welcher sehr Geduld, Güte, Takt, Umsicht und Ueberlegung erfordert. Die Krank pflegepersonen nehmen dem Arzte im Umgange mit den Kranken wichtiges Stück psychischer Beeinflussung und Behandlung ab und kön daher durch ihr geeignetes Verhalten die therapeutischen Erfolge wesent unterstützen. Mit Recht legen die Aerzte neuerdings ein besonderes Gew auf die ihnen zu Gebote stehenden psychischen Heilmittel, deren deutung für die Krankenbehandlung früher unterschätzt wurde, und zwei los kommt dem psychischen Einfluss, den der Arzt auf den Kranl übt, eine grosse Bedeutung nicht nur für dessen subjectives Wohlbefind sondern auch für seine thatsächlichen Genesungsfortschritte zu; aber w man erwägt, dass der Arzt in den Krankenanstalten sowohl wie in privaten Praxis doch nur kurze Zeit am Krankenlager verbringt, währt die Pflegepersonen die dauernde Umgebung des Kranken bilden, so w es klar, dass die Letzteren in der Lage sind zu der psychischen C sammtwirkung recht wesentlich beizutragen. In Anerkennung die Verhältnisse hat man in neuerer Zeit bezl. der personellen Krankenwart die Forderung aufgestellt, dass man die Gewinnung eines Pflegeperson anstrebe, welches in der Lage sei seinen Umgang mit den unvertrau Kranken, also vornehmlich seine Gespräche mit den Kranken selbst so

maasses Verhalten und Benehmen am Krankenbett so einzurichten, für den seelischen Zustand der Krankenhausinsassen am zwecktesten sei. Gerade in der Aufstellung dieser Forderung spricht sich die Forderung um die Gestaltung der personellen Umgebung des Kranken in hervorragender Weise aus. Für den therapeutischen Werth dieser Forderung entsprechenden Pflegepersonals sind neuerdings mehrere v. Leyden, M. Mendelsohn, E. Dietrich, P. Jacobssohn, v. Leyden wiederholt eingetreten. Sehr treffend sagt v. Leyden (vgl. Zeitf. f. diätet. u. physical. Therapie, Bd. III, 3): „Die Ausbildung der Pflegerinnen und Pfleger in dem heutigen Sinne soll nicht schematisch auf Ausführung der ärztlichen Anordnungen beschränkt bleiben, sondern allen angeleitet werden die Gedanken und Gefühle des Kranken zu maassen zu verstehen und sich zu vergegenwärtigen, dass der Kranke nicht beherrscht, sondern bedient und gepflegt sein will.“ Hauptzweck wohl aus diesem Gesichtspunkte eines recht rücksichtsvollen tactvollen Benehmens dem Kranken gegenüber ist in den letzten Jahren von vielen Seiten der Wunsch ausgesprochen worden, in einem Maassstabe gebildete Kräfte für die personelle Krankenwartung heranzuziehen, ein Verlangen, welches an sich ja nur sehr zu unterstützen ist, vorläufig aber noch in praxi grossen Schwierigkeiten begegnet, weil in den gebildeteren Kreisen sich nur verhältnissmässig wenige Personen finden, die zur Erwählung des Krankenpflegeberufes geeignet sind. Es lässt sich jedoch durch geeignete Belehrung und Fortbildung auch bei vielen mit einfacherer Allgemeinbildung versehenen Personen, wie sie bis jetzt noch das Gros des die Krankenpflege ausmachenden Materials darstellen, ein recht gutes Niveau für das Benehmen am Krankenbett erreichen, wofern nur eine einigermaassen geeignete Charaktere und guter Wille vorhanden ist. Vor allem aber müssen die Pflegerinnen nicht ängstlich davor behütet werden die wichtigsten und ersten Krankheitszustände und Krankheitsursachen in den Hauptzügen des Krankheitswesens zu begreifen und zu kennen, wie man es bisher mancherseits nicht richtig hielt; denn zweifellos kann man die Gedanken und Gefühle des Kranken nur dann beurtheilen und verstehen, wenn man ihre Lage einigermaassen zutreffend zu würdigen im Stande ist. Ein zweckmässiger Umgang der Pflegepersonen mit den Kranken ist unbedingt nothwendig, schwierig. Hier gilt es den Muth und die Geduld Verzagender zu stärken, Missmuth und Trübsal zu zerstreuen, Hoffnungen anzuregen und zu beleben, behutsam Trost zu spenden, den Niedergeschlagenen aufzuheben, den Aengstlichen zu beruhigen, den Grübelnden abzulenken und zu beschäftigen, dem Fragenden tactvoll zu antworten, den Erregten zu beruhigen, den ungestümen Reconvalescenten zurückzuhalten, mit Empfindlichen auszukommen, den Widerspenstigen zu ermahnen und zu belehren, den Unwissenden und Unbesonnenen aufzuklären, und dabei die eigene Autorität und die des behandelnden Arztes zu wahren und zu vertheidigen — fürwahr, besonders in den öffentlichen Krankenhäusern, keine geringe Aufgabe!

Doch noch mannigfache andere wichtige Aufgaben des Hospitalpflegedienstes kommen hinzu, welche in den Zwischenzeiten zwischen den ärztlichen Visiten zu erledigen sind und die Thätigkeit der Pflegepersonen zu einer ununterbrochenen, überaus anstrengenden und vielseitigen machen. Bald handelt es sich um neu aufgenommene Kranke, die in der Krankensaal gebracht, umgekleidet, eventuell gebadet, gereinigt und gebettet werden müssen, bald sind Messungen und Registrirungen an den Kranken selbst (Puls, Respiration, Temperatur, Gewicht) oder ihren Entleerungen vorzunehmen, bald durch Regelung der Lüftungs-, Heizungs- Beleuchtungs-Vorrichtungen für geeignete hygienische Verhältnisse der Krankenräume Sorge zu tragen. Auch die Beobachtung der Kranken und des Krankheitsverlaufes liegt zum Theile der personellen Krankenwartung ob; es dürfen ihr plötzlich eintretende Verschlimmerungen des Zustandes, sowie wichtige, äusserlich wahrnehmbare Krankheits-symptome nicht entgehen; gefahrdrohende Schwächezustände erheischen die sofortige Citirung ärztlichen Beistandes oder machen schnelles, umsichtiges und entschlossenes Zugreifen nothwendig. Im Zusammenhang mit der Krankenbeobachtung, soweit sie Sache des Pflegepersonals ist, steht eine weitere wichtige Aufgabe desselben: die Berichterstattung für die ärztliche Visite. Wenn der Krankenbericht, den die Pflegeperson dem Arzt zu erstatten haben, seinen Zweck erfüllen soll, so muss er sowohl knapp gehalten, als auch zutreffend und klar sein. Die Pflegepersonen müssen also nicht nur gut und richtig beobachten können, sondern auch über die Fähigkeit verfügen, das Geschehene klar und anschaulich auseinanderzusetzen und das Wichtige hervorzuheben. Auch hierin bedarf es viel Erfahrung und Uebung, vielleicht noch in höherem Grade, als die eigentliche Pflegethätigkeit, die hilfreiche Handleistung am Krankenlag sie erfordert. In besonderem Maasse bewährt hat sich für die Krankenwartung die Einführung einer schriftlichen Berichterstattung mit Hilfe von ad hoc eingerichteten Pflege-Berichtbüchern, deren Führung zwar etwas zeitraubend ist, aber doch dem Gedächtniss der Pflegepersonen in wünschenswerther Weise nachhilft und für den behandelnden Arzt sehr werthvoll werden kann.

Alle diese vielfachen Aufgaben der personellen Krankenwartung füllen die zwischen den Stations-Visiten liegenden Zeiträume aus, und es bleibt nun noch einen Blick auf die Thätigkeit während der Visite selbst zu werfen. In manchen Krankenanstalten werden vom Arzt täglich 3 Visiten gemacht, in manchen (kleineren) Anstalten nur 2. Im ersteren Falle pflegt bei der Mittagsvisite der leitende Arzt des Krankenhauses anwesend zu sein, während die Morgen- und Abendvisite dem Assistenzarzt allein vollzogen werden, der dann bei der Hauptvisite über die dazwischenliegende Zeit den ärztlichen Bericht erstattet und mit dem Chefarzt die weitere Festsetzung des Heilplanes beräth. An die Zeit der ärztlichen Krankenbesuche stellt an die personelle Krankenwartung ihre besonderen Anforderungen. Nicht nur die oben erwähnte Berichterstattung aus den Pflege-Berichtbüchern kommt zu ihrem Recht, sondern



die Hilfe der Pflegepersonen bei den ärztlichen Untersuchungen, die Unterstützung der Kranken, die geschickte Darreichung von Instrumenten, etc., sowie die Entgegennahme und Notirung der ärztlichen Anordnungen stellt an die Aufmerksamkeit und Pünktlichkeit der Pflegepersonen erhebliche Ansprüche. Ganz besonders gross ist die Verantwortung der Krankenwartung bei der Vornahme chirurgischer Eingriffe des Arztes. Die für ihren erfolgreichen Verlauf in erster Linie allgemein als Vorbedingung erkannte Beherrschung der Asepsis und Sterilisation muss der Krankenwartung in demselben Maasse eigen sein wie den Aerzten selbst; denn in ihrer Hand liegt ein wichtiger Antheil der Fürsorge für die Fernhaltung und Zerstörung der schädlichen Bacillen hinsichtlich aller mit dem Kranken in Berührung kommenden Objecte und Personen; die Desinfection mit aller peinlichen Aufmerksamkeit, Sorgfalt, mit der bis in's Kleinste gehenden Treue und Pünktlichkeit, mit der Behendigkeit, Exactheit und Umsicht, die sie in den Krankenanstalten erfordert, durchzuführen ist, vor Allem auf den chirurgischen Abtheilungen, die vornehmste Aufgabe und die unablässige Pflicht der Krankenwartung. Diese wichtige Aufgabe muss sie beseelen bei der Reinhaltung des eigenen Körpers, bei der der Krankenräume, des Operationssaales, der Geräthe und Instrumente, der Verbandstoffe, des Kranken selbst. Unnötig ist es hier weiter darauf hinzuweisen, dass der hervorragend wichtiger Einfluss hinsichtlich der Behandlungserfolge dieser Richtung auch der personellen Krankenwartung zukommt. Nicht minder wichtig und verantwortungsvoll sind die Aufgaben, die sie bei der Vorbereitung grösserer Operationen, bei der Narkose und Ueberwachung der Kranken nach der Vornahme des chirurgischen Eingriffs, sowie bei der Pflege in der Nachbehandlungszeit den ärztlichen Hilfspersonen erwachsen. Aber auch auf den inneren Krankenhaus-Abtheilungen haben die Pflegepersonen ganz ähnliche schwere Pflichten. Es sei nur an die Pflege ansteckender Kranker hier erinnert, bei der sie dafür zu sorgen haben, dass andere Kranke nicht inficirt und die Krankheitserreger nicht nach aussen verschleppt werden, und wo sie dazu noch die Gefahr auf sich nehmen, sich selbst anzustecken, deren Vermeidung gleichfalls unermessliche und eingehende Sorgfalt erheischt. Mit vollem Rechte hat man die Fürsorge für die peinlichste Sauberkeit und Reinlichkeit hinsichtlich der unbelebten und belebten Umgebung auch der inneren Krankenanstalten als Objecte und Personen „die Asepsis der inneren Medicin“ bezeichnet, um den Werth ihrer strikten und aufmerksamen Durchführung bei der Therapie auch der inneren Erkrankungen zu kennzeichnen; ist es doch auch, die, abgesehen von der Krankheitsprophylaxe, für die ihr die grösste Bedeutung zukommt, ausserordentlich viel dazu beitragen kann, dem Kranken seine Lage zu erleichtern und sein Los angenehmer und erträglicher zu gestalten und so auch direct auf den Verlauf der bestehenden Erkrankung günstig einzuwirken.

War es im Vorstehenden auch nur möglich einen kurzen Ueberblick über die wesentlichsten Aufgaben des Hospitalpflegedienstes zu geben, so dürfte

derselbe doch vollkommen genügen, um die Ueberzeugung zu festigen, dass die Krankenhauspflege mit ihren überaus zahlreichen Anforderungen und Pflichten in zufriedenstellender Weise nur von ausreichend lange geschulten und sich ihrem Berufe mit ganzer Kraft hingebenden Persönlichkeiten gelistet werden kann. Ehe wir uns aber von der Betrachtung der personellen Krankenwartung in den Krankenanstalten entfernen, haben wir noch einigen nicht unwesentlichen Punkten, die in letzter Zeit häufiger zum Gegenstande der Erörterung gemacht wurden und mit der Anstaltskrankenpflege in Zusammenhang stehen, unsere Aufmerksamkeit zuzuwenden.

Zunächst bedarf die Frage hier einer Erläuterung, ob es zweckmässiger sei in den Anstalten ein Krankenpflegepersonal zu verwenden, das einer der verschiedenen Schwestern-Vereinigungen entstammt, wie sie durch die katholischen Orden und Congregationen, durch die Diakonissen-Anstalten, die Roth-Kreuz-Verbände, die Schwestern des evang. Diakonie-Vereins, die jüdischen Schwesternvereine etc. dargestellt werden oder hingegen direct bezahltes Pflegepersonal anzustellen. Diese Frage ist bereits weiter oben berührt worden, doch erscheint es immerhin angebracht, hier noch Einiges über den Gegenstand anzuführen. Eine definitive principielle Entscheidung in diesem Punkte abzugeben, dürfte ausserordentlich schwierig sein und dabei niemals auf alle Fälle passen. Die Ansichten der Aerzte sind in dieser Sache sehr auseinandergehend, indem die Einen für die Anstaltspflege dem Lohnpersonal, die anderen dem Genossenschaftspersonal und zwar dem weiblichen den Vorzug geben. Ich habe bereits an anderem Orte das Thema besprochen und die Ansicht geäussert, dass man wohl mit beiden Arten von Krankenpflegepersonal gute Erfolge erzielen könne, wenn nur die erste Hauptbedingung erfüllt sei, dass die Pflegepersonen längere Zeit hindurch ordnungsmässig geschult werden und Gelegenheit erhalten tüchtige Kenntnisse in ihrem Fache zu erwerben. Dass die Meinungen unter den Aerzten noch so erheblich auseinandergehen, liegt zum Theil wohl auch daran, dass Viele dasjenige Personal für die Krankenwartung bevorzugen, mit welchem sie längere Zeit gearbeitet haben, und auch diejenige Vereinigung am meisten eintreten, zu der sie irgendwelche besonderen Beziehungen haben. Zweifellos giebt es sowohl unter den Lohn-Pflegepersonen als auch unter den Genossenschafts-Pflegepersonen tüchtigere und weniger tüchtige Kräfte. Die Eignung zur Krankenpflegeethätigkeit hängt zu sehr vom Individuum, von seinen persönlichen Eigenschaften ab, als dass man ein schablonenmässiges Urtheil leicht abgeben könnte. Es ist sicher für den Standpunkt des Arztes, der ja diesen Auseinandersetzungen als maassgebend zu Grunde gelegt sein soll, das Wichtigste, dass die Hilfspersonen, die ihm in der Krankenbehandlung unterstützend zur Hand gehen sollen, in ihrer beruflichen Thätigkeit wohlverfahren sind, sich in dienstlicher Beziehung gut unterordnen verstehen und ihm in der Ausführung seiner Intentionen zuverlässig erscheinen. Nächste einer hinreichenden sachlichen Schulung liegt der Schwerpunkt für die Brauchbarkeit der Krankenwartung zweifellos in der richtigen Auffassung und Erkenntniss der Stellung zu den übrigen

triebsgemeinschaft innewohnt. Von der grössten Wichtigkeit ist es diese Disciplin in dem dienstlichen Verhältniss zwischen Ärzten und Krankenpflegepersonen zum deutlichen Ausdruck gelangt. Wenn gesagt wird, dass die Aerzte die natürlichen Vorgesetzten der Krankenpflegepersonen, diese die natürlichen Untergebenen der Aerzte so ist damit gemeint, dass ärztlicherseits unbedingt im Interesse der Krankenbehandlung gefordert werden muss, dass die Pflegepersonen den Ärzten einen unerschütterlichen Gehorsam schulden in Bezug auf alles was mit dem Krankendienste in Verbindung steht. Da nun aber in den Anstaltsbetrieben alle Beziehungen zwischen den ihnen angehörenden Personen aufs Genaueste dienstlich geregelt zu werden pflegen, so ist für die Anstaltspflege von diesem Grundsatz kaum eine Ausnahme. Nach diesem sehr prominenten Gesichtspunkt ist daher mit in der ersten Linie das Personal zu betrachten, welches von den verschiedenen Anstalten über den Ärzten zur Pflegeethätigkeit zur Verfügung gestellt wird. In vielen Anstalten ist der Wunsch geäussert worden, wie bereits erwähnt, ein „gebildeteres“ Pflegepersonal heranzuziehen, in der Hoffnung auf einer besseren Grundlage besserer familiärer Jugenderziehung und eines durch höhere Schulkenntnisse erweiterten geistigen Horizontes bezw. gegen ein besseres Denk- und Urteilsvermögens ein Pflegepersonal zu gewinnen, welches mehr Verständniss für seine Berufsaufgaben besitzt und sie nicht blossig unter dem Gesichtspunkt des geschäftsmässigen Gelderwerbes betrachtet, auch eher in der Lage ist sich in die Wünsche, Bedürfnisse und den psychischen Zustand der Kranken hinein zu versetzen. Man glaubt andererseits dieses Ziel durch ausgedehntere Verwendung des biblichen Genossenschaftspersonals (Schwestern) erreichen zu können, und sieht sich in diesem Kreise eine nicht unerhebliche Zahl von Personen

bisher sich zum überwiegenden Theile nur mit der Heranbildung weiblichen Personals befasst haben, während sich heutzutage auch ein steigendes Bedürfniss nach gutem männlichen Pflegepersonal geltend macht, weil, wie bereits berührt, in vielen Fällen die weibliche Kraft für die physischen Aufgaben nicht ausreicht, in anderen auch sittliche Rücksichten gegen die Verwendung weiblichen Personals in Frage kommen. Am augenfälligsten gilt dies für die männlichen Abtheilungen der Anstalten für Geistesranke, Epileptiker, Idioten, die Stationen für Haut- und Geschlechtsranke etc.

Wenn auch zugegeben werden muss, dass das Lohnpflegepersonal und zwar das männliche wie das weibliche, welches in früheren Zeiten fast überall in den Krankenanstalten zu finden war, den ärztlichen Anforderungen durchweg in keiner Weise genügte und, wie zahlreiche Schilderungen der damaligen Aerzte bezeugen, nicht selten die ihm anvertrauten Kranken in roher Weise behandelte, so ist andererseits doch die Thatsache nicht wegzuleugnen, dass sich diese Verhältnisse besonders in letzter Zeit wesentlich gebessert haben, so dass sich jetzt auch in den Reihen des Lohnpflegepersonals eine nicht unerhebliche Anzahl von tüchtigen und für die Krankenwartung gut verwendbaren Personen vorfindet. Es ist sicherlich mit Freuden zu begrüssen, dass gerade von ärztlicher Seite in letzter Zeit Werth darauf gelegt und eine aufmerksame Mühewaltung dahin gerichtet wurde, die ethischen und fachwissenschaftlichen Fähigkeiten der gewerbsmässigen Pflegepersonen sowohl für den Anstaltsdienst als die Privatpflege zu verbessern und auf eine Stufe zu erheben, die einen Abstand von dem früher allein bevorzugten Genossenschaftspersonal weniger erkennbar und fühlbar macht (K. Al. E. Dietrich, P. Jacobsohn, G. Meyer); der Fortschritt liegt darin, dass man sich früher damit begnügte festzustellen und immer wieder zu betonen, dass die „Krankenwärter“ und „Krankenwärterinnen“ eine minderwerthige Pflegegruppe darstellten, während man damals die aussichtsreichen Wege die vorhandenen Schäden abzustellen nicht voll erkannte. Es fehlte die in richtiger Weise helfend eingreifende Hantel sachkundiger Aerzte, die sich erst dem Lohnpflegepersonal mit den nöthigen Ausdauer, Lust und Liebe zur Sache hinstrecken mussten um es durch geeignete Belehrung und Anleitung, durch energischen Hinweis auf die ethischen Grundlagen der Krankenpflege, durch geeignete Darbietung von Fachzeitschriften, Fachkalendern und Fachlehrbüchern durch Weckung der Antriebe zur Mitarbeit an der eigenen Vervollkommenung wirksam zu heben und zu fördern. Heute hat sich dieses Streben bereits als erfolgreich erweisen können, und wie die Umstände jetzt liegen, kann man wohl mit Berechtigung behaupten, dass auch das Lohnpflegepersonal für den Krankendienst zu empfehlen sei. Eine andere Frage aber ist es, ob man gut daran thut in denselben Krankenanstalten Genossenschaftspersonal und Lohnpflegepersonal neben einander zu verwenden, wie dies jetzt noch in manchen Anstalten geschieht, in der Weise, dass für die eigentliche Krankenpflegehätigkeit fast ausschliesslich

n“ und „Wärterinnen“ in solchen Anstalten erwächst. Dem nach gehören sie zum Warte- und Pflegepersonal, in der That agiren sie als Untergebene nicht nur, wie man annehmen sollte, zte, sondern auch der Schwestern, welche doch eigentlich ihre enossen sind. In manchen Anstalten hat sich die Praxis heraus- ;, diejenigen dienstlichen Verrichtungen, für welche die Schwestern ade gehalten werden oder welche sie nicht übernehmen wollen, ärtern“ aufzusparen, die Letzteren aber von dem eigentlichen enste, der Krankenwartung, zurückzuhalten. Dieses Verfahren nun häufig eine vom ärztlichen Standpunkte sehr unerwünschte it zwischen dem Genossenschaftspersonal und dem Lohnpfle- d, welches wünscht, selbst am Krankenpflegedienste in gleichem theilzunehmen als die Schwestern, ferner aber verlangt, dass den tern die Hausarbeit ebensowenig erspart bleibe als ihm; es let den Umstand als eine Ungerechtigkeit, dass man in rein be- n Dingen einen Unterschied zwischen den Pflegepersonen ver- ner Provenienz macht. In der That erscheint es ja sonderbar, an von den freien Pflegepersonen die gleichen Kenntnisse, die n Verantwortlichkeiten und Gefährdungen verlangt, während man in der Berufsthätigkeit nicht die dementsprechende Stellung vind- nöchte. Dieser Hinweis dürfte deutlich dafür sprechen, dass man daran thut entweder ausschliesslich genossenschaftliches Personal ber nur Lohnpflegepersonal in den Anstalten zu verwenden. Allen- ürde es noch rathsam sein eine Combination beider Arten von al in derselben Anstalt in der Weise einzurichten, dass sich auf raunenabtheilung allein Schwestern, auf der Männerabtheilung männliche Lohnpfleger bethätigen, so dass eine dienstliche

fahrungsthatsache, dass männliche Pfleger sich wohl bereit finden sie ihrem natürlichen Vorgesetzten, dem leitenden oder assistirenden Arzte also einer männlichen Autorität unterzuordnen, nicht aber in gleicher Weise einer Krankenschwester, nicht einmal einer Oberin, deren Stellung in den Anstalten von ihnen nicht selten als „zu selbstständiges Frauenregiment“ gekennzeichnet wird. Als wenig zweckmässig müssen wir überhaupt heutzutage die zweifellos etwas veraltete Bezeichnung „Wärter und Wärterin“ betrachten, welche die Berufsthätigkeit, wie sie jetzt vom ärztlich-therapeutischen Standpunkte aufgefasst werden will, weit weniger gut charakterisirt, als die Bezeichnung „Pfleger und Pflegerin“, in der mehr ein humaner, an ein sorgsames, behutsames Bedienen und Hege des Kranken erinnernder Beiklang liegt, während der Ausdruck „Wärter“ unwillkürlich die Gestalt eines Thierbändigers oder eines Gefangenenwärters vor das geistige Auge führt. Ferner ist diese letztere Bezeichnung so lange Zeit hindurch bewusst mit einer etwas summarischen Geringschätzung, die ihren Ausgangspunkt in zurückliegenden Zeiten, in denen die Lohnpersonen sich noch ausschliesslich aus sehr niedrigstehenden Bevölkerungselementen rekrutirten und durch ihre Geldgier und Rohheit berüchtigt waren, verknüpft worden, dass sie schon aus diesem Grunde für gutgeschulte, tüchtige, selbständige Pflegepersonen nicht mehr gebraucht werden sollte (*semper aliquid haeret*). Und schliesslich ist mit dem Worte insofern Missbrauch getrieben worden, als es bald zur Bezeichnung von wirklichen Krankenpflegern, bald zur Bezeichnung von unwissenden, ungelernten Lohnknechten und Dienstmägden verwendet wurde, so dass man thatsächlich jetzt sich keinen ganz gut definirten Begriff darunter vorstellen kann. Aus diesen Gründen habe ich vorgeschlagen, die erwähnte Bezeichnung gänzlich für den Krankendienst fallen zu lassen und sie stets durch „Pfleger, Pflegerin“ zu ersetzen; inzwischen hatte ich die Freude constatiren zu können, dass dieser Vorschlag sowohl in den Kreisen der Aerzte als der Pflegepersonen vielfach als zweckmässig anerkannt und beherzigt worden ist.

Die Besprechung dieses Punktes, dessen Bedeutung vielleicht geringfügiger erscheinen könnte, als sie es thatsächlich ist, führt zu der Behandlung des für die Regelung der personellen Krankenwartung und ihrer Aufgaben ausserordentlich wichtigen Themas: „Krankenpflege und Hausarbeit“, das eine ganz besondere Bedeutung für den Anstaltsbetrieb beansprucht und in letzter Zeit verschiedentlich einer Discussion unterzogen worden ist. Es handelt sich darum festzustellen, ob die so gröbere Hausarbeit, wie sie natürlich in grösseren Anstalten in viel ausgedehnterem Maasse zu bewältigen ist als in der Privatpflege, und welche vornehmlich im täglichen Reinigen der Krankenzimmer, im Fensterputzen, Dielen- resp. Fussboden-Scheuern etc. besteht, in das Thätigkeitsgebiet der Krankenpflegepersonen gehörig zu erachten und von diesen zu vollziehen ist, oder ob es zweckmässiger ist, derartige Arbeiten als des Krankenpflegeberufes „unwürdig“ einem niederen, ungebildeten Dienstpersonal (in Frauen-Abtheilungen Dienstmädchen, auf Männer-Abtheilungen Hausdiener

hung geeignet sei, besonders in den öffentlichen Krankenanstalten  
der den ärmeren Volksschichten entstammenden Besetzung das  
an der Pflegepersonen in den Augen der Kranken herabzumindern.  
Anderer Seite wurde geltend gemacht, dass derartige Arbeiten  
recht eigentlich mit zur Krankenpflege im wahrsten Sinne des  
worts insofern gehören, als gerade die Reinhaltung der Kranken und  
Umgebung eines der wichtigsten Erfordernisse geordneter Kranken-  
pflege bilden soll; daher sei die gröbere Arbeit in den Krankenzimmern  
Krankensälen der Hospitäler zweifellos durch die Krankenpflege-  
personen zu leisten. Es seien die erwähnten Thätigkeiten auch keines-  
wegs als entwürdigende aufzufassen; denn gerade der Krankenpflege-  
geniesse deshalb eine höhere gesellschaftliche Schätzung, weil er  
so sehr vielen Pflichten verknüpft sei, die eine besondere Entsagung  
erforderten. Gegen die Meinung, dass in erster Linie die Genossen-  
schwestern, unter denen nicht selten feingebildete „Damen“ zu  
finden seien, von der gröberen Hausarbeit befreit werden sollten, wurde  
dagegen gemacht, dass eine Schwester eigentlich nicht ihren Schwestern-  
dienst im richtigen Sinne erfasst habe, wenn sie sich davor scheue, auch  
unangenehmere Arbeiten des Berufes zu vollziehen und noch zu  
eigener Bedienung besonderer Dienstboten bedürfe. Im Allge-  
meinen war der Eindruck zu gewinnen, dass die Schwestern geistlicher  
Pflege sich eher geneigt zeigten, alle Arbeiten der Krankenpflege-  
thätigkeit unterschiedslos zu verrichten, inclusive der Hausarbeit, als  
weltlichen Schwestern, die eine Abgrenzung der Thätigkeit als  
werthvoll hinstellen. Zweifellos verräth derjenige Standpunkt eine  
ideale Berufsauffassung, von dem aus jede Thätigkeit im Kranken-  
dienst gern übernommen und gleichsam als durch das Bewusstsein, den

desinfection, die so grosse Wichtigkeit hat. besser gehandhabt werden kann, wenn allein die Pflegepersonen für alle Verrichtungen in den Krankenräumen einzustehen haben. Indess, wie gesagt, es lässt sich auch die Ansicht nicht als ganz unbegründet zurückweisen, wonach dahin gestrebt wird, eine gewisse Arbeitsentlastung der Pflegekräfte (mithin auch eine wohlthätige körperliche Schonung!) dadurch herbeiführen, dass man die gröberen Hausarbeiten durch eine besondere Art Dienstpersonal („Krankendiener und Krankendienerinnen“) ausführen lässt. Vielleicht hoffen die Vertreter dieses Systems Kräfte mit höherer Allgemeinbildung und aus besseren Kreisen eher für die personelle Krankenwartung in grösserem Umfange gewinnen zu können, wenn sie die „Schrecken“ der Hausarbeit möglichst aus der Berufsthätigkeit entfernen. Freilich scheint jene Begründung uns kaum ausreichend, welche ins Feld führt, gewisse Arbeiten schickten sich nicht für „Damen“; denn wir meinen wohl mit Recht, dass „im Dienst“ die „Dame“ stets zu verschwinden habe und nur die Krankenpflegerin übrig bleiben solle, der eigentlich der Satz dass Arbeit nicht schändet, geläufig sein müsste. Ferner ist zu bedenken, dass man durch Trennung der „Hausarbeit“ von der Krankenpflege thätigkeit zwei unter sich subordinirte Gruppen von Hilfspersonen schafft und nicht nur den Anstaltsbetrieb an sich complicirter (auch kostspieliger) gestaltet, sondern auch neue Gelegenheiten zu Conflicten und Reibungen, dabei eine Erschwerung der Controlle darbietet. Unser Anschauung nach dürfte das System ohne Kranken-Dienstpersonal im Allgemeinen den Vorzug verdienen. Jedenfalls sollte man aber sich davor hüten, in einem derartigen Dienstpersonal ein „Zwitterding“ zu schaffen, von dem man schliesslich nicht weiss, ob man Krankenpflegepersonen oder Dienstboten schlechthin vor sich hat, und man wird gethun, die thatsächliche Stellung dieser Personen gleich im Namen einheitlich festzulegen. Nicht unerwähnt bleibe schliesslich ein von Zimmer mit Recht hervorgehobener und auf Erfahrungen beruhender Grund für die ausschliessliche Verwendung geschulter Pflegepersonen in den Krankenräumen: er konnte beobachten, dass gerade die Hausarbeit sich als eine gesundheitlich erfrischende und belebende Abwechslung im Krankendienst erwies, welche den Pflegerinnen Gelegenheit bot, „sich körperlich auszuarbeiten“.

Was die dienstliche Stellung der Pflegepersonen in den Krankenanstalten anlangt, so scheint es am zweckmässigsten zu sein, wenn dieselben den Anstaltsärzten direct subordinirt werden; es entspricht dies Verhältniss am meisten ihrer therapeutischen Stellung als „ärztliche Gehilfen“. Sie sind dem dirigirenden Arzte der betreffenden Anstalt und den Stations-Ärzten unbedingten Gehorsam schuldig, und ihr Hauptstreben muss dahin zielen, den von ihnen ausgehenden Anordnungen in treuer und pünktlichster Weise nachzukommen, das von ihnen verfolgte Heilungsziel soweit es in ihren Kräften und in ihrem Bereiche steht, zu unterstützen und sich ihre Anerkennung zu verdienen. Dieser Gehorsam muss dem Pflegepersonal aber nicht als ein Zwang erscheinen, sondern er muss



von Elementen aus dem Innern der Anstaltspersonen aus. Aber auf  
anderen Seite sei er gerecht, bevorzuge niemanden in augenfälliger  
erkenne das Lobenswerthe an, richte statt des befehlenden Tones,  
für den Nothfall aufgespart wird, freundliche Worte an die  
Personen, nehme Theil an ihren Interessen, Sorge für ihr Wohl-  
, schütze sie gegen unberechtigte Ansprüche und Angriffe seitens  
Anken und hege zu ihnen eine väterliche, fürsorgliche Gesinnung;  
der sicherste Weg sich ihre Liebe und ihren Gehorsam zu ver-  
, und seine Beschreitung wird auch den Anstaltsinteressen förder-  
n. In neuerer Zeit wächst die Zahl der Anstalten, in welchen  
ende Arzt auch gleichzeitig Leiter der Verwaltung ist; es will  
meinen, dass hierin ein Fortschritt liegt, da es zweifellos nicht  
Vereinfachung, sondern auch eine harmonischere Gestaltung des  
betriebes ermöglicht, wenn ein Oberhaupt an der Spitze des  
steht, in dessen Händen alle Fäden der Anstaltsfürsorge zu-  
laufen. Es kann doch nur von Vortheil für die Anstalt sein,  
der leitende Arzt auch in den mehr ökonomischen Theil des Be-  
eingeweiht ist und dann in der Lage ist die Bedürfnisse der  
mit den Mitteln der Anstalt in einen wünschenswerthen Aus-  
zu setzen. Freilich ist es bei den sehr grossen Krankenanstalten  
0 und mehr Betten nicht möglich, dieses System, welchem wohl  
Zukunft eine immer grössere Ausbreitung beschieden sein dürfte,  
führen, weil hier die Arbeitslast sowohl hinsichtlich der Kranken-  
ung, als hinsichtlich des Verwaltungsbetriebes so gross wird, dass  
einem Einzelnen nicht wohl geleistet werden kann. Für diese  
t man entweder den Weg eingeschlagen, mehrere leitende Aerzte  
len und einem derselben zugleich die Leitung der Verwaltung im  
ste zu übertragen, oder für die Leitung des Verwaltungsbetriebes

ganges), Vertheilung, Entlassung etc. des Personals eingehend zu k $\ddot{u}$ m die Sorge f $\ddot{u}$ r die Ordnung dieser Verh $\ddot{a}$ ltnisse f $\ddot{a}$ llt dann mit i $\ddot{u}$  R $\ddot{e}$ ssort — und nicht zum Schaden der Sache — denn zweifellos i $\ddot{u}$  erfahrener Arzt eher in der Lage diese Maassnahmen in geeigneter zu treffen als ein subaltern $\ddot{e}$ r Verwaltungsbeamter, ein B $\ddot{u}$ reau-Ins oder dergl. Es ist angesichts des leider noch so h $\ddot{a}$ ufigen Personalwe in den Anstalten nur zu w $\ddot{u}$ nschen, dass die  $\ddot{a}$ rztlichen Gesichtspunk der Auswahl der sich f $\ddot{u}$ r die Krankenwartung meldenden Per ebenso wie bei der Vertheilung der einzelnen Pflegepersonen a einzelnen Abtheilungen der Anstalt nach Bed $\ddot{u}$ rfniss, individueller Ei, Ausbildung zu hervorragender Geltung gelangen. Auch die Autorit. Arztes wird dadurch wesentlich gef $\ddot{o}$ rdert; die Beziehungen zwisch $\ddot{u}$  und dem Pflegepersonal werden engere. Alle diese Factoren k $\ddot{u}$  dazu beitragen, dem Arzte in der Krankenanstalt gewissermaasse Charakter eines pater familias zu geben, dem sowohl die Hausdis als die v $\ddot{a}$ terliche F $\ddot{u}$ rsorge f $\ddot{u}$ r die Kranken wie die ihm unters  $\ddot{a}$ rztlichen Hilfspersonen obliegt. Die letzteren werden dann eine St in der Anstalt gewinnen, die man zutreffend als „vermittelndes l glied“ zwischen Arzt und Kranken bezeichnen kann (G. Liebe). In ma Anstalten sind die Krankenpflegepersonen (insbesondere die Schwe einer sog. Oberin oder Verwaltungsschwester unterstellt, welche ent selbstst $\ddot{a}$ ndig den  $\ddot{o}$ conomischen Betrieb der betreffenden Anstalt und zugleich die Oberaufsicht  $\ddot{u}$ ber die Pflegerinnen f $\ddot{u}$ hrt, oder ( beschr $\ddot{a}$ nkt ist, den gesammten Krankenpflegedienst des Hauses zu wachen. Um gleichzeitig den Verwaltungsposten und den Oberpfe posten zu versehen, muss die Betreffende jedenfalls eine sehr intelli gewandte und erfahrene Dame sein und in vorger $\ddot{u}$ ckterem Leben stehen. Eine solche exponirte und verantwortungsvolle Stellung f $\ddot{u}$  ein erhebliches Maass an Tact, Lebenserfahrung, Umsicht, Men kennntniss und Dispositionstalent, und es d $\ddot{u}$ rft $\ddot{u}$ te nicht leicht sein gr $\ddot{o}$ ssere Anzahl geeigneter Personen ausfindig zu machen, die d $\ddot{e}$ r $\ddot{u}$  Stellen in jeder Beziehung vollkommen gewachsen sind. Imr ist die Thatsache zu registriren, dass es Anstalten giebt, die ein artige Einrichtung seit Jahren besitzen und gut dabei gefahren Es sind dies besonders solche Krankenanstalten, welche entwede bestimmten Krankenpflege-Genossenschaften gegr $\ddot{u}$ ndet wurden solchen als Arbeitsfeld  $\ddot{u}$ bergeben worden sind und gleichzeitig au Ausbildungsst $\ddot{a}$ tte f $\ddot{u}$ r Krankenschwestern dienen. F $\ddot{u}$ r die Haupt der grossen  $\ddot{o}$ ffentlichen Krankenh $\ddot{a}$ user, welche zumeist mit Lohn- personal arbeiten, ist das System indessen nicht durchf $\ddot{u}$ hrbar, sondere nicht f $\ddot{u}$ r Anstalten, welche auch m $\ddot{a}$ n $\ddot{u}$ liches Pflegeperson sch $\ddot{a}$ ftigen, weil sich erfahrungsgem $\ddot{a}$ ss Krankenpfleger besser Arzte als einer weiblichen Person (Oberin) unterordnen. Wenn wi anerkannt haben, dass in geeigneten F $\ddot{a}$ llen sich f $\ddot{u}$ r die Oberleit $\ddot{u}$  gesammten Krankenpflege die Hand einer Oberin als zweckm $\ddot{a}$ ssig e so d $\ddot{u}$ rfen wir doch nicht verschweigen, dass es auch an Erfah

nicht mangelt, welche dafür sprechen, dass es sich im Allgemeinen mehr empfiehlt die Oberleitung der Krankenpflege, damit auch der personellen Krankenwartung, in ärztliche Hände zu legen. Hervorzuheben ist hier die nicht selten zu Tage tretende Schwierigkeit einer friedlichen Abgrenzung der Disciplinar- und Organisationsbefugnisse in der Anstalt zwischen Chefarzt und Oberin, welche zuweilen zu Conflicten und unerfreulichen Verhältnissen führt. Auch in unseren früheren Erörterungen finden sich einige Punkte, welche darauf hinweisen, wie erhebliche Vorzüge es gewährt, das gesammte Pflegepersonal, das männliche wie das weibliche, unmittelbar dem Arzte zu subordiniren. Selbstverständlich lässt sich gegen das Vorhandensein einer Anzahl von sog. Ober-Pflegern und Ober-Pflegerinnen in einem grossen Anstaltsbetriebe, wenn man darunter den Stamm der ältesten, erfahrensten und auf den einzelnen Stationen zur Mitanleitung und Mitcontrole des jüngeren Personals herangezogenen Pflegepersonen versteht, nichts ausstellen. Wir möchten also zwar in dieser Frage nicht so weit gehen wie Aufrecht, welcher sagt: „Es wird einst unverständlich erscheinen, dass noch am Ende des 19. Jahrhunderts in ausgedehntem Maasse Oberinnen oder Geistliche, welche Krankheit und Krankenbehandlung nicht kannten, über Ausbildung, Anstellung und Vertheilung von Krankenpflegerinnen in erster Linie zu bestimmen hatten“ (Anleitung zur Krankenpflege, pag. 6). Aber auch wir neigen dazu das Oberinsystem auf die speciell genossenschaftlichen Krankenanstalten zu beschränken.

Nachdem wir somit die wichtigsten Fragen bezüglich des Thätigkeitsumfanges der in Anstalten beschäftigten Krankenpflegepersonen, ferner bezüglich ihrer Stellung und ihrer Aufgaben den Kranken gegenüber, sowie ihres Verhältnisses zu den Vorgesetzten erörtert haben, bleibt uns noch ein Punkt zur Behandlung übrig, der gleichfalls in letzter Zeit wiederholt discutirt worden ist und insofern besonderer Rücksicht werth erscheint, als er, wenn auch mit dem Vorhergehenden nur loser zusammenhängend, doch in therapeutischer Beziehung eine nicht unerhebliche Bedeutung beansprucht. Es handelt sich um die Frage der Kleidung für die personelle Krankenwartung, um die Gestaltung des Aeusseren der Pflegepersonen, welches, am Krankenbette ebenfalls auf den Kranken einwirkend, in ähnlicher Weise dem therapeutischen Regime unterliegen muss, wie alle sonstigen Componenten der Umgebung des Kranken, seien sie belebt oder unbelebt. Es gilt vor in erster Linie der Grundsatz, dass die Kleidung des Pflegepersonals beschaffen sein soll, dass sie nicht nach irgend einer Richtung den auch sonst für das Milieu des Kranken geltenden Prinzipien widerspricht. Sie soll dazu beitragen, die Pflegepersonen dem Kranken in psychischer Beziehung angenehm, d. h. sympathisch erscheinen zu lassen; es ist daher förderlich, dass der Eindruck, den das Aeussere der Pflegepersonen macht, ein freundlicher und belebender sei. Bereits wurde darauf hingewiesen, dass sich Personen, die selbst einen körperlich leidenden, kranklichen Eindruck machen, nicht zur Krankenpflege eignen, ebenso

Personen mit auffallenden Narben, entstellenden Gebrechen etc., diese Umstände den Kranken stets an das Kranksein mahnen, wähl doch gerade von der Pflegeperson auf den Kranken ein Hauch von That und gesunder Frische ausstrahlen soll. Aus dem gleichen Grunde für die personelle Krankenwartung Kleider in hellen Farben empfehwerth, also kommen vor Allem Waschkleider in Weiss, Hellgrau, Hellblau in Frage. In Deutschland besteht die Dienstkleidung — allein, nicht aber die „Strassen-Uniform“, hat für den Arzt Beden — gewöhnlich aus einem blau und weiss, grau und blau, hellblau schwarz gestreiften oder gemusterten Baumwollstoff-Kleid (Gingham) die Schwestern und Pflegerinnen, während die Pfleger ein kurzes J aus weissem oder gelblichem Drell tragen. In Amerika, neuerdings in England, tragen die Krankenpflegerinnen allgemein ausschliessliche weisse Dienstkleider, die sich ausserordentlich gut bewährt haben anscheinend auch bei uns zur Anwendung empfohlen werden können. Wenig zweckmässig sind schon aus dem bereits angeführten Gesichtspunkte die schwarzen Trachten, welche man noch häufig bei Pflegerinnen geistlicher Provenienz findet; sie wirken auf den Kranken zu ernst und düster. Aber noch weniger entsprechen sie dem Wünschenswerten, wenn sie nicht so gut gereinigt werden können als die hellen Waschkleider, welche einer häufigen und peinlichen Desinfection zugänglich sind, Vorzug, der gerade im Krankendienst, wo Uebertragungen von Infektionstoffen leichter möglich sind als sonst, von ganz besonderer Bedeutung ist. Peinlichste Sauberkeit hinsichtlich der Kleidung der Pflegeperson ist eine unerlässliche Forderung sowohl im Hinblick auf das Wohl des Kranken, als auch dasjenige der Pflegepersonen selbst, welche in sorgsamsten Reinlichkeitspflege an Körper und Kleidung ein wichtiges Mittel in der Hand haben, um sich vor Ansteckung im Berufe zu schützen.

In dieser Hinsicht ist zu berücksichtigen, dass man Verunreinigungen (Flecke) auf hellem Untergrunde viel leichter wahrnimmt als auf dunkel, auch ist experimentell festgestellt, dass sich Infectionserreger auf dunklen Kleidungsstoffen länger lebensfähig erhalten als auf hellen. Die Forderung der Pfleger-Kleidung, in der für die Krankenpflegepersonen bestimmten Anleitungen nur kurz gestreift, ist besonders eingehend von Kurzem und Spener behandelt worden (vgl. Deutsche Krankenpflege-Ztg. 18 pag. 124 ff.), der auch die einschlägige Litteratur genauer anführt. Angesichts der mannigfaltigen „Uniformirungs-Vorschriften“, wie sie von verschiedenen Krankenpflege-Genossenschaften ausgearbeitet haben, ihre Angehörigen von einander zu unterscheiden und abzugrenzen empfiehlt Spener sehr treffend, dem Uebelstande, dass das Ordenskleid heute mehr und mehr zur „anpreisenden Livrée“ geworden ist, dadurch entgegenzutreten, dass gleichzeitig mit der auch sehr erstrebenswerten staatlichen Approbation der Krankenpflegepersonen eine für das ganze Land einheitliche, zweckmässige Tracht eingeführt wird, welche ausschliesslich von den geprüften Pflegepersonen getragen werden darf.

... zu beobachten, natürlichen und auch der mannigfachen Ver-  
hältnissen eine gewisse Rechnung zu tragen sein. Hinsichtlich der Haube,  
des wegen des guten Zusammenhalten des Haares auch vom ärztlichen  
Standpunkt zweckmässigen Kleidungsstückes, empfiehlt sich möglichste  
Einfachheit (Form einer Mitra Hippocratis oder eines Kopf-Tuchverbandes),  
gute Auseinandernehmbarkeit und Desinficirbarkeit, Vermeidung von  
Staubfänger dienenden Fältchen und Anhangschleiern, gutes Festsitzen  
der Haargrenze (Befestigung durch ein Gummiband!). Die umfäng-  
lichen, gestärkten Hauben mancher Genossenschaften sind unzweck-  
mässig. Ein wichtiges Erforderniss für die Kleidung der Pflegepersonen  
ist ferner, dass sie bequem sei und bei den mannigfaltigen Bewegungen,  
welche die Pflegeethätigkeit mit sich bringt, nicht hindern (Bücken, Auf-  
heben der Kranken, Transport der Kranken etc.). Gerade für Pflege-  
personen ist die neuerdings sich immer mehr ausbreitende, den ärztlichen  
Anforderungen gerechtwerdende sog. Reformkleidung von Bedeutung;  
ebenso ist das gesundheitsschädliche Korsett im Krankendienst be-  
sonders ungeeignet und sollte gänzlich vermieden werden. Leider werden  
den Leitern der meisten Krankenpflege-Vereinigungen in den  
bestehenden Ordnungen diese wichtigen Punkte noch nicht eingehend ge-  
berücksichtigt. Und doch hat auch der Kranke ein Interesse daran,  
dass die Kleidung der ihn behütenden Pflegerinnen geeignet sei, dass ihn  
das Knarren der Korsetts, das Rauschen der gestärkten Röcke nicht  
etc. Ist man doch ärztlicherseits so weit gegangen, zu verlangen,  
dass Knöpfe an der Kleidung der Pflegepersonen stets durch weiche  
Kissen ersetzt werden sollten, um den Kranken beim Aufheben nicht  
zu rücken und zu belästigen. Die empfehlenswertheste Form des  
Krankenkleides scheint das sog. Prinzesskleid zu sein, bei dem Rock  
und Taille aus einem Stück bestehen, und das bereits von mehreren

grosse das Kleid bedeckende Ueberschürzen aus grober Leinwand oder Taschen, deren Bänder nicht am Boden schleifen dürfen, und die in strömenden Wasserdampf sterilisirt werden können. Sehr zweckmässig ist auch das von L. Fürst angegebene Ueberkleid für Pflegerinnen (vgl. Zeitschr. f. Krankenpf. 1896. pag. 107). Bei durchnässenden Verrichtungen (Operationen, auch bei gröberen Hausarbeiten, beim Baden Instrumentereinigen, Leichenwaschen) kann auf dem Dienstkleid noch eine wasserundurchlässige Deckschürze (Mosetig-Battist!) getragen werden. Ueber die Kleidung des männlichen Pflegepersonals sind nicht viel Worte zu machen. Am geeignetsten ist die Kleidung der freiwilligen Militär-Krankenpfleger und der Lazarethgehilfen. Erforderlich ist grösste Sauberkeit bei der Haar- und Barttracht, Kurzhalten der Haare; ferner leichte Waschbarkeit der Kleidungsstücke, Unterkleide aus porösem Baumwollstoff, Oberkleider aus glattem, hellen Leinen oder Baumwollstoff. Für den Oberrock ist die beste Form die bis zum oberen Drittel des Oberschenkels reichende und am Hals hochgeschlossen mit niedrigem Klappkragen versehene Litewka, die am Rücken durch Riegel oder Gummiband zusammengehalten wird; die Ärmel sind mittig weit und heraufschlagbar zu gestalten. Das Schuhzeug sei ähnlich wie bei den Pflegerinnen. Im Operationsdienst ist das Tragen weisser Waschkützen empfehlenswerth.

#### b) Personelle Krankenwartung in der Privatpflege.

Die personelle Krankenwartung im Privathause bietet in vielfacher Beziehung so eigenartige Verhältnisse, dass sie eine gesonderte Betrachtung erheischt. Es handelt sich hier nicht um die Pflege mehrerer in demselben Raume untergebrachter Kranker, die gleichzeitig die Fürsorge einer einzigen Pflegeperson beanspruchen, sondern fast stets ist nur ein Kranker, der der sorgenden Obhut bedarf. Und andererseits vollzieht sich die Pflege thätigkeit hier nicht in eigens für die Krankenpflege erbauten und eingerichteten Instituten, wie sie die modernen Krankenanstalten darstellen, sondern in zunächst für den Aufenthalt gesunder bestimmten privaten Wohnräumen. Das sind die beiden am meisten ins Auge springenden Unterschiede beim Vergleiche der Hospitalpflege und Privatpflege; sie sind so schwerwiegende, dass sie auf die Art und die Erfordernisse der personellen Krankenwartung in mannigfacher Hinsicht einen sehr erheblichen Einfluss äussern. Es ist nicht eben leicht zu entscheiden, welche Art der Krankenpflege die schwierigere und anforderungsreichere ist, die Krankenhauspflege oder die Familienpflege. Wenn man annehmen sollte, dass es doch leichter sein müsse, einem Kranken sich zu widmen, als mehreren, wie im Hospitale, gleichzeitig, so ist hinwiederum dagegen zu halten, dass die Pflegepersonen in der privaten Pflege doch in höherem Grade auf sich selbst angewiesen sind als im Krankenhause, wo ihnen jederzeit Hilfe und Unterstützung seitens der Anstaltsärzte und ihrer Berufsgenossen zur Hand ist. In der Privatpflege liegt in der That, wie mit Recht hervorgehoben worden ist

in erfreulicher Weise erreicht werden. So zeigt sich denn im  
ause auf's deutlichste, welchen wichtigen Heilfactor heutzutage die  
elle Krankenwartung darstellt, und wie gross das therapeutische  
se der Aerzte sein muss, diesen Hilfsfactor für die Kranken-  
llung möglichst zu verbessern und zu vervollkommen. Wenn  
edenkt, dass es in der Gegenwart doch nur einigen wenigen ge-  
aftlich und wirthschaftlich auf der Höhe des Lebens wandelnden  
en möglich ist den Arzt andauernd Tag und Nacht hindurch an  
Bette zu haben und durch ihn selbst alle kleinen Sorgen der  
enpflege ausgeführt zu sehen, während es bei dem Gros der Be-  
ung äussere Gründe mannigfacher Art verhindern diese „Hippo-  
hen“ Verhältnisse beizubehalten, so ergiebt sich sofort die dringende  
endigkeit geeignete Ersatztruppen in der Privatpflege zur Hand  
ben, denen in Abwesenheit des Arztes die dauernde Obhut für die  
en anvertraut werden kann. Hatten wir schon weiter oben bei  
etrachtung der personellen Krankenwartung in Hospitälern die  
achtung machen können, dass es derzeit mancherorts an einer  
ehenden Anzahl von verfügbaren und den ärztlichen Anforderungen  
entsprechenden Pflegepersonen mangelt, und zwar einerseits, weil  
aupt verhältnissmässig noch zu wenig Personen sich bereit finden  
rankenpflege als Lebensberuf zu wählen, andererseits, weil eine  
here Besetzung der Krankenhäuser mit Pflegekräften in manchen  
den wirthschaftlichen Etat zu stark belasten würde, so finden  
nliche Uebelstände auch bei der privaten Krankenpflege wieder.  
hier tritt uns erstens die nur zu bekannte Thatsache störend in  
eg, dass auch für die Familienpflege das gesammte bereitstehende  
zent an berufsmässigem Pflegepersonal den thatsächlich vorhandenen

aber von einem solchen Ziele sind wir natürlich noch weit entfernt, es ist auch für's erste nicht wohl möglich demselben so nahe zu langen, wie es vom ärztlichen Standpunkte aus gewiss zu wünschen w. Immerhin darf man nicht verkennen, dass auch nach dieser Richt hin schon sehr wesentliche Fortschritte gemacht worden sind. Zunächst kann nicht ausser Acht gelassen werden, dass die Absicht auch Angehörigen der ärmeren Volksschichten eine genügende Krankenfürsorge durch Arzt und Pflegepersonen in umfangreicherem Maasse zu schaffen, dazu geführt hat, wenigstens in den grösseren Städten gr. artige öffentliche Krankenanstalten ins Leben zu rufen, die mit den Einrichtungen des modernen Krankencomforts aufs Beste versehen werden und deren bauliche Anlage und innere Ausstattung häufig so vorzüglich sind, dass heute mehr denn je dem Satz die Berechtigung zuerkennen werden muss, dass der Arme in schwerer Krankheit nirgends nur so gut aufgehoben ist als in einem unserer neueren Krankenhäuser. Sodann ist hervorzuheben, dass die geistlichen und weltlichen Orden, Genossenschaften, welche die Krankenpflege als ihr Hauptarbeitsfeld sehen, insgesamt in bedeutendem Umfange auch unentgeltliche Kräfte für die Privatpflege in unbemittelten Familien zur Verfügung stellen und in den hierauf gerichteten humanen Bestrebungen weitest. Allerdings reichen die segensvollen Bethätigungen dieser Organisationen nicht im Geringsten aus, um das ungeheure Bedürfniss armer Kranken in Stadt und Land nach sachkundiger Pflege zu decken; aber es anzuerkennen, dass ein wesentlicher Theil der dem Gebiete der Armen- und Gemeindekrankenpflege zu Gute kommenden werkbereiten Thätigkeit durch die Genossenschaften in bester Weise geleistet wird. Die Armenfürsorge und Armenkrankenpflege bildet überhaupt das eigentliche und ursprüngliche Arbeitsfeld für die genossenschaftlichen Bräuer- und Schwestern-Organisationen, sowohl ihrer historischen Entwicklung als ihrer Auffassung der Pflegeethätigkeit als eines im göttlichen Auftrag vollzogenen Samariterwerkes nach. Wenn bisweilen Krankenpflege-Genossenschaften auch sich der Pflegeethätigkeit in wohlhabenden Familien befleissigen und damit ihre ausgebildeten Angehörigen zu häuslichen und gewerblichen Pflegepersonen machen, welcher Umstand eintritt, auch wenn die Bezahlung der Pflegedienste nicht direct auf betreffende einzelne Pflegeperson, sondern an die Genossenschaftsleitung bzw. Oberin abgeführt wird, so überschreiten sie eigentlich den Kreis ihrer ihnen seit Alters eigenthümlichen Wirksamkeit. Zweifeln wäre es kaum zu begründen, wollte man in einer derartigen Erweiterung des Thätigkeitsgebietes der modernen Genossenschaften etwas wünschenswerthes sehen, da der Grundsatz, dass jede nützliche berufliche Bethätigung auch mit einer entsprechenden Honorirung verbunden sein kann oder sogar sollte, ohne dadurch in gesellschaftlicher Schätzung an Werth zu verlieren, durch solches Vorgehen zur Anerkennung gelangt, nachdem er auch sonst in der Gegenwart allgemein gebilligt wird ist. Allerdings ist alsdann aber auch die Forderung berechtigt,



durch die Ausübung ihrer Thätigkeit in wichtiger Weise der Ge-  
sundheit und versorgen sich selbst gleichzeitig, sei es direct oder in-  
mittelbar mit dem nöthigen Lebensunterhalt; Reichthümer, das kann ruhig  
gesagt werden, hat noch kein Mensch mit der Krankenpflege er-  
reicht! Bei der Berufsausübung human sein, dem Kranken eine rück-  
sichtsvolle, schonende, freundliche und liebevolle Behandlung zu Theil  
lassen, diese „auch fachtechnisch begründete Forderung“ wird  
des Krankenpflegers (wie auch dem Arzt) schon bei seiner Ausbildung  
erlässliche Vorbedingung hingestellt, und ein Pfleger (Pflegerin),  
dessen Herz auf dem rechten Fleck hat, wird dieser Berufs- und  
Pflicht stets gern eingedenk sein; aber damit ist noch keines-  
wegs gesagt, dass er auf jedes materielle Entgelt für seine schwierige,  
mühsame und gefährvolle Thätigkeit verzichten muss. Diese  
Anforderungsweise, welche in der letzten Zeit immer mehr Boden  
finden hat, hat auch schon an einigen Orten (z. B. Stettin, Posen,  
Breslau etc.) dazu geführt, dass die städtischen Verwaltungen sich  
entschlossen haben, eine Anzahl von geschulten Pflegepersonen  
(Mädchen oder freie Pflegerinnen) gegen festes Gehalt dauernd  
für die Zwecke der Armenkrankenpflege anzustellen. Ein solches  
Verfahren kann vom ärztlichen Standpunkte aus nur sehr gebilligt werden;  
es ist darin ein sicherer Weg gegeben, um dem armen Theil der  
Bevölkerung eine gute personelle Krankenwartung zu sichern. Auch die  
dauerhafte Anstellung seitens der Gemeindebehörden ist besonders  
bedeutsam deshalb, weil die Pflegepersonen dadurch eine gewisse  
Erfahrung erhalten, welche sowohl im Hinblick auf ihre Con-  
science und Verantwortlichkeit als auch in Hinsicht auf ihre Autorität in  
der Ausübung der Armenkrankenpflege wünschenswerth ist. Vereinzelt

keitsgebiet einengen und die Entwicklung des Berufes selbst hemmen würde (vgl. hierzu E. Dietrich, Krankenpflege im Ehrenamt. *Deutsche med. Wochenschr.* 1898. pag. 15 und P. Jacobsohn, Berufsmässige und nichtberufsmässige Krankenpflege. Ebenda. pag. 131).

Zweifelloos bildet die Armenkrankenpflege bezw. die Gemeindefrankenpflege den schwierigsten und verantwortungsvollsten Zweig der privaten Krankenwartung. Diese Thätigkeit umfasst eine Reihe von Aufgaben, welche von vornherein nicht unmittelbar zum eigentlichen Pflegedienst am Krankenbette, wie er in der Hospitalpflege oder der Privatpflege in begüterten Kreisen vor sich geht, gehören, aber doch der Lage der Sache nach untrennbar mit ihr verbunden sind. Die Krankenpflegerinnen, welche in der Armenkrankenpflege arbeiten, müssen nicht nur sich die Fürsorge für die ihrer Obhut unterstellten Kranken angelegen sein lassen, sondern es fällt ihnen auch eine wichtige und sehr bedeutungsvolle volkshygienische Aufgabe zu. Sie sind als die besten und wirksamsten Pioniere gesunder Lebensweise anzusehen, als die berufenen Träger sanitärer Aufklärung, die geeigneten Zerstörer des Aberglaubens und der vielfachen Vorurtheile auf dem Gebiete der Gesundheits- und Krankenpflege, welche so oft die Ursachen des menschlichen Elends, des körperlichen wie auch des geistigen Siechthums, die Ausbreitung der verheerenden Volksseuchen sowie die unüberwindlichen Hindernisse der Krankenbehandlung und Genesung bilden. Vermöge ihrer intimen Stellung in den mittellosen Familien, in denen sie häufig auch Sorge für den Haushalt, die Obhut der Kinder etc. übernehmen müssen, gelingt es ihnen oft besser noch als dem ja nur kurze Zeit verweilenden Arzte erziehlich zu wirken, von schädlichen Lastern zu entwöhnen und fruchtbringender Arbeitsamkeit anzuregen. So wird die Thätigkeit der Gemeindefrankenpflegerin zu einer in prophylaktischer, therapeutischer und socialer Beziehung gleich wichtigen.

Die Gemeindefrankenpflege hat von jeher zu den wesentlichsten Aufgaben der Krankenpflege überhaupt gehört und war die eigentliche ursprüngliche Veranlassung für die Bildung der ersten genossenschaftlichen Krankenpflege-Organisationen. In früheren Zeiten verfolgte sie vornehmlich rein humanitäre Zwecke und die kirchlichen Organe der Armenpflege hatten die Aufgabe, die Armen auch direct materiell zu unterstützen, indem sie dieselben mit Nahrungsmitteln, Erfrischungen, Kleidungsstücken, Geschenken, Arzneien versorgten, ihnen den Trost der Religion spendeten und ihnen hilfreich zur Hand gingen. In neuerer Zeit werden die Gemeindefrankenpflegerinnen auch häufig als Vermittlerinnen von für die Armen bestimmten Geldunterstützungen verwendet, indem man ihrer eingehenden Kenntniss der Armenverhältnisse Rechnung trägt. Die Thätigkeit in der Gemeindefrankenpflege wird von sämtlichen geistlichen und weltlichen Genossenschaften für ihre Mitglieder als ein besonders segenshoffnungsreiches Arbeitsfeld angesehen, und bei der Ausbildung der betreffenden Brüder- und Schwesternschaften wird auf eine geeignete Vorbereitung für diesen Zweig der Privatkanenpflege besonderer Wert

es werden gerade aus diesem Gesichtspunkte, die Pflegerinnen als Gemeindeschwestern verwenden zu können, gewisse Lehrfächer in den Unterrichtsplan einbezogen, die bei der Armenpflege von besonderer Wichtigkeit werden, wie Hauswirthschaft, Gesundheitspflege etc. Musteranweisung und geradezu vorbildlich ist die Einrichtung der Armenpflege in England. Die Pflegerinnenschule des bekannten Victoria Jubiläums-Instituts<sup>4</sup> in London widmet sich mit besonderer Sorgfalt der Ausbildung guter Armenpflegerinnen. Diese ausgezeichnete Anstalt wurde zur Feier des 50jährigen Regierungsjubiläum Königin mit einem Kapital gegründet, zu welchem die Frauen Englands ihrer Gesammtheit beigetragen haben; sie stellt eine Centralanstalt für die Ausbildung berufsmässiger Krankenpflegerinnen dar, von welcher die Tochterinstitute, welche in den verschiedensten Orten existiren, geleitet und mit Rathschlägen sowie Geldmitteln unterstützt werden. Wenn in irgend einer Stadt des Landes sich eine hinreichende Anzahl wohlhabender und wohlthätiger Bürger finden, welche die Hebung der Krankenpflege anstreben, so pflegen sich dieselben an das Jubiläumsinstitut mit der Bitte um Mittheilung der gemachten Erfahrungen und Ueberlassung einiger fertig ausgebildeter, tüchtiger Gemeindepflegerinnen zu wenden, die den Grundstock der neuen Tochterinstitute abgeben; das Institut ist vollkommen interconfessionell. Die Thätigkeit der Armenpflegerinnen gestaltet sich in folgender Weise. Wenn ein Arzt einen schwereren Erkrankungsfall bei einem armen Kranken, dem sonst nicht die nöthige Pflege und Wartung zu Theil werden kann, in Behandlung bekommen, so sendet er Nachricht zum Gemeindestift, in dem die Gemeindepflegerin des Bezirks wohnt. Erscheint dieselbe am Krankenbett, führt die besonderen ärztlichen Anweisungen aus, macht es dem Kranken bequem und behaglich, hilft bei den nöthigen Möbeln, wenn solche vorhanden, aus dem Krankenzimmer entfernen, macht die darin befindlichen Gegenstände und das Zimmer selbst so einrichtend als möglich und giebt den Angehörigen des Kranken Anweisungen über die nöthigsten Hilfeleistungen bis zu ihrer Rückkehr. Die Temperatur des Kranken wird gemessen, der Puls gezählt und der Befund der Gemeindepflegerin auf einer vom Arzt zurückgelassenen Karte vermerkt, welche der Arzt bei seinem Besuch in Augenschein nimmt; oft wird ihm auch eine Nachricht über das Befinden des Kranken gesendet. So hat der Arzt das Vorthail den Krankheitsfall besser beobachten zu können, der Kranke findet verständige Pflege und psychische Ermunterung, er und seine Angehörigen empfangen manche nützliche Belehrung und Aufklärung. Schwierigkeiten freilich, welche in derartiger Berufsausübung zu finden sind, sind häufig recht grosse; Widerspenstigkeit, Misstrauen und oftmals das segensreiche Wirken der Pflegepersonen, wenngleich die Thätigkeit in der Gemeindepflege offensichtlich von enormer Bedeutung für die gesundheitliche und wirthschaftliche Hebung der unteren Bevölkerungsschichten ist. Die grösseren englischen Städte sind in Bezirke eingetheilt; für jeden derselben ist eine, bisweilen auch mehrere Pflegerinnen

angestellt, die im Bezirksstift, das unter der Aufsicht eines Bezirksaufsehers steht, wohnen. Die Pflegerinnen gehen von Haus zu Haus, üben ihre Thätigkeit in der beschriebenen Weise aus und machen an jedem Tage zweimal eine Runde von 4 stündiger Dauer. Sie sind verantwortlich für die Sauberkeit der Kranken wie der Krankenzimmer und zu musterhafter Ordnungsliebe, Pünktlichkeit, zu freundlicher Behandlung der Kranken und Verschwiegenheit verpflichtet (vgl. meine Bearbeitung von G. A. Hawkins-Ambler, Die vornehme Kunst Kranke zu pflegen. Berlin 1897. H. Kornfeld. pag. 27).

In Deutschland wird, wie erwähnt, der grösste Theil der Armenkrankenpflege von den humanitären Genossenschaften versehen, und die Communalbehörden beginnen erst in letzter Zeit, zunächst in geringem Umfange, die Organisation der Gemeindefrankenpflege selbstständig auszubauen. Neuerdings ist in grösseren Städten die Absicht erwogen worden im Anschluss an die grossen allgemeinen städtischen Krankenanstalten besondere Pflegerinnenschulen für die Zwecke der Gemeindefrankenpflege in's Leben zu rufen. Am schwierigsten gestaltet sich die Regelung der personellen Armenkrankenpflege auf dem platten Lande. Hier macht sich allenthalben der numerische Mangel an geeigneten Pflegekräften besonders fühlbar. Von dem idealen Ziele, dass jede kleine Ortschaft, jedes kleine Dorf seine eigene Armenpflegerin habe, sind wir noch sehr weit entfernt. Dennoch muss anerkannt werden, dass man nach dieser Richtung schon ein gutes Stück vorwärts gekommen ist. Auch in vielen kleinen Städten hat sich die Schwierigkeit als erheblich gezeigt hinreichendes geschultes Pflegepersonal zu beschaffen; wie auf dem Lande fehlt es auch hier an Stätten zur Heranbildung geeigneter Kräfte, die naturgemäss nur in grösseren Städten und im Anschluss an grössere Anstalten begründet werden können. Die Pflegeethätigkeit fällt hier zum grossen Theile den Angehörigen der Kranken zu, welche sich naturgemäss mangels genügender Vorkenntnisse oder in Folge beruflicher oder erwerblicher Behinderung nur sehr unvollkommen zu leisten vermögen. Alte kränkliche Personen und aus der Schule behaltene Kinder werden oft zur Wartung herangezogen; nur dem Wohlhabenden ist es möglich sich geeignete Hilfe aus der Grossstadt zu beschaffen oder am dem Kreiskrankenhaus, wenn solches vorhanden ist. J. Schilling berichtet von einem Kreise mit fast 60000 Einwohnern, mit 5 Städten zu 3—6000 Bewohnern und 90 Dörfern, in dem im Ganzen nur 6 geschulte Pflegerinnen vorhanden waren; für die 13 Amtsbezirke des Kreises hält er aber 20 Pflegerinnen zum mindesten für nothwendig. Die vielfachen, den Kranken zu ausserordentlichem Schaden reichenden Missstände, die sich aus dem numerischen Mangel an Pflegepersonen an kleineren Orten ergeben, werden von ihm in sehr anschaulicher Weise eingehend vorgeführt (vgl. J. Schilling, Die Krankenpflege in kleinen Städten und auf dem Lande. Deutsche Krankenpflege-Ztg. 1899 pag. 58 ff.). Auch er erblickt eine Hauptaufgabe der Landkrankenpflegerin in der volkshygienischen Mission, welche sie unter der um-

den und abergläubischen Landbevölkerung zu erfüllen hat; nach dieser Richtung ist sie im Stande dem Landarzt eine werthvolle und Gehilfin zu werden. Besonderes Gewicht legt er darauf, sie Kenntniss der Krankheitsursachen und der Volksseuchen, des s der häufigsten Kinder- und Gewerbekrankheiten, der Wochenflege, der Grundlagen der Ernährung gesunder und kranker, vor allem der Säuglingsernährung besitzt; die Aufsicht der Pflegepersonen schlägt er vor einem Geistlichen und einem Arzte sam zu übertragen. Ohne Frage ist es aus therapeutischen en nothwendig, dem Arzte einen grösseren Einfluss bei der Ausg und Ueberwachung der Pflegepersonen auf dem Lande zu geben, um bisher meist zusteht; auch die Feststellung der Thätigkeits- für das selbstständige Handeln ist genauer Regelung bedürftig, da e auf dem Lande der Weizen der „Curpfuscherei“ besonders zu i pflegt. Eingehend hat sich über das Verhältniss zwischen Arzt Pflegepersonen auf dem Lande besonders H. Berger ausgesprochen seinen Aufsatz „Arzt und Krankenpfleger auf dem Lande. Deutsche enpflege-Ztg. 1898. pag. 169); er legt den Hauptnachdruck auf sorgfältige Auswahl des Personals, eine gewissenhafte Vorbildung eine Beaufsichtigung durch den Kreisphysikus. Den Werth einer ieten Landkrankenpflege betonte in treffender Weise auch der r Büttner, der mit Recht die zunächst auffallende That-

hervorhebt, dass in den verschiedenen Staaten und Provinzen chlands sich vorzugsweise je eine besondere Form der Land-enpflege herausgebildet hat; den Grund hierfür sieht er weniger in erschiedenartigkeit der Bevölkerung, als vielmehr in dem jeweiligen ndensein oder Mangel von Anstalten, Schwesternschaften und chäusern. In Preussen stehen an vielen kleinen Orten Johanniter- stern in der Arbeit der sog. freiwilligen Krankenpflege. Es sind eine Lohnpflegerinnen, da der Johanniterorden solche grundsätzlich ausbildet, sondern weibliche Kräfte, welche sich freiwillig der enpflege widmen. In Hannover sind auf dem Lande Pflegerinnen iftigt, welche neben dem Berufe einer Näherin, Stickerin oder in die Krankenpflege ausüben, und zwar im Auftrage einer Ge- schaft oder eines confessionellen Vereins, welcher für ihre Aus- g gesorgt hat und auch ihre Arbeit bezahlt, in dessen Kasse aber alle Einnahmen fließen. Aehnliche Einrichtungen finden sich in ächsischen Südlasitz, wo allerdings die Pflegerinnen von der enpflege so in Anspruch genommen sind, dass sie zu anderer t garnicht kommen. In Westfalen hat man sog. „ländliche Pflege- r“ errichtet, in denen Sieche und Kranke Aufnahme finden, die Diakonissen, deren Thätigkeit sich aber zugleich auf die Gemeinde, ilen auch auf mehrere Ortschaften erstreckt, versorgt werden. In eutschland, namentlich in Bayern hat man das System der „länd- n Krankenhäuser“, welche je von einer Gemeinde oder von mehreren einden zusammen errichtet werden; auch im Königreich Sachsen

finden sich einige solche Anstalten, doch scheinen sie sich für dicht bevölkerte Landstriche, wo Bezirkskrankenhäuser bei bequemen Verkehrsmitteln gut zu erreichen sind, weniger zu empfehlen, auch schei für solche kleinere ländliche Krankenhäuser die Verwaltung und Anschaffung der erforderlichen technischen Hilfsmittel bei relativ seltener Benutzung zu kostspielig und zu wenig rentabel zu sein (Büttner). Zu berücksichtigen ist bei dieser Form der geordneten Landkrankenpflege auch, dass hier nur den innerhalb des Hospitals befindlichen Kranken die erforderliche persönliche Pflege zu Theil wird, während die andere Kranken draussen unberücksichtigt bleiben müssen, denn nicht immer wird es sich ermöglichen lassen, alle Kranken der Gemeinde im Spital zu vereinigen. Nach Büttner hat die Durchführung einer regelrechten Gemeindediakonie auch auf dem Lande wesentliche Vortheile vor den vorgenannten Systemen. Diese bisher in Deutschland wie auch anderen Staaten wohl verbreitetste Form der geordneten Krankenpflege, welche durch Diakonissen, die mit dem geistlichen Amte und gleichzeitig mit den Aerzten in enger Fühlung stehen, ausgeübt wird, ist der letzten Zeit nicht mehr auf die grösseren Städte beschränkt geblieben, sondern ist auch mehr und mehr für kleinere Städte und jüngster Zeit auch für das platte Land zur Anwendung gelangt. Büttner giebt einen interessanten Bericht über die Einrichtungen im Königreich Sachsen (vgl. Deutsche Krankenpflege-Ztg. 1898. pag. 250), dem entnehmen ist, dass dort für jeden Ort, bei dem die Mittel ausreichen bzw. die Gemeinde genügend gross ist, um eine Gemeindeschwester anzustellen, und Arbeit genug vorhanden ist, um eine solche ausreichend zu beschäftigen, die Einrichtung einer eigenen Gemeindepflege angestrebt wird. Die kleinste Landgemeinde, welche sich eine Schwester aus dem Dresdner Mutterhause beschäftigt, zählt 2500 Seelen, in einem Falle 10000, in je zwei Fällen 9000 und 8000, in einem Falle 6000, in vier Fällen 5000 und in einem Falle 3000 Seelen. Diese Fälle sind aber die bei weitem selteneren, da Dorfgemeinden nur ausnahmsweise ihre Einwohner nach Tausenden zählen und in Sachsen allein ca. 500 ländliche Gemeinden bestehen, welche weniger als 1000 Einwohner haben, sodass immer noch die Frage offen bleibt: „Was ist zu thun, wenn die Gemeinde allein nicht im Stande ist eine Diakonisse zu beschäftigen?“ Hier schlägt Büttner nun ein besonderes Organisationsprincip vor, nämlich das der „Gemeindediakonie-Verbände“. In erster Linie kommt der Anschluss einer Anzahl von Ortschaften an eine städtische Gemeindediakonie in Betracht, die bisher gemachten Erfahrungen scheinen zu erweisen, dass Dörfer im Umkreise von 1 Stunde Entfernung von der Stadt aus mit versorgt werden können. Diese Art der Ordnung der Landkrankenpflege hat den Vorzug, dass die Dörfer auch der Schwierigkeit überhoben sind, die Pflegerin eine eigene Wohnung zu beschaffen. Bis 1895 war in 24 Fällen so verfahren worden, wodurch 75 Dörfer geordnete personelle Krankenpflege erhielten. Was die Anzahl der in den Verband einbezogenen

anlangt, so sind in einem Falle 7, in einem 6, in 3 Fällen 5, in 4, in 5 Fällen 3, in 7 Fällen 2, in 4 Fällen je eine Dorfdiakonie angeschlossen worden, unter entsprechender Berücksichtigung der Ortzugehörigkeit. Ist der Anschluss an eine städtische Gemeindediakonie nicht möglich, so bleibt der Weg eines rein ländlichen Gemeindediakonie-Verbandes übrig. Von einem im Centrum des Verbandes bestimmten Dorfe aus werden eine Anzahl bequem zu erreichender Gemeinden versorgt; zu berücksichtigen ist, dass die Entfernungen im Allgemeinen wenig mehr als eine Stunde betragen dürfen, es muss Bahnverbindung vorhanden sein. Nach Büttner können von einem solchen Verband eine ganz beträchtliche Anzahl Dörfer zugeworben werden, je nach örtlichen Verhältnissen (bes. auch Entfernung und Einwohnerzahl). 1895 bestanden im Königreich Sachsen 9 solcher Verbände, wodurch 44 Dörfer versorgt wurden: 1 Verband mit 13 Dörfern (!), 1 mit 7, 1 mit 6, 2 mit 4, 2 mit 3, 2 mit je 2 Dörfern; in den letzten 8 Fällen reichte eine Krankenschwester aus. In Sachsen sind bis jetzt über 250 ländliche Gemeinden durch Gemeindediakonie-Verbände versorgt worden. Zweifellos hat der beschrittene Weg viel für sich und verdient auch anderswo Verbreitung zu werden. Hervorzuheben ist noch, dass Büttner auf die Mitwirkung des Arztes besonderen Werth legt und ihn in der Verfügung über die Pflegerin bezgl. der Pflegehätigkeit das entscheidende Wort lassen lässt; an Kosten berechnet er für jede Schwester etwa 800 bis 900 M., die von den Kirchen-, Gemeinde- und Ortskrankenkassen getragen werden sollen.

Besondere Aufmerksamkeit verdient das System der „Landkrankenpflegerinnen“ im Grossherzogthum Baden. Angesichts der That- sache, dass es in abschbarer Zeit unmöglich sein würde alle ländlichen Städte und Landgemeinden mit voll ausgebildeten Gemeindesternern zu besetzen, wurde auf Anregung der Frau Grossherzogin Sophie vom Badischen Frauenverein aus die Beschaffung von „Helferinnen der Landkrankenpflege“ unternommen und damit ein neuer Schritt zur Lösung der Fürsorge für die personelle Krankenwartung auf dem Lande beschritten, der sich bewährt hat und zu weiteren ähnlichen Vor- nahmen auf diesem Gebiete die Anregung abgab. Da die theoretische Unterweisung dieser Landkrankenpflegerinnen nur 6 bis 8 Wochen, die practische Hospitalthätigkeit nur 2 Monate dauert, so sind diese Personen nicht als vollausgebildete Berufspflegerinnen anzusehen, aber gleichwohl bilden sie eine dem Landarzt sehr schätzenswerthe Hilfstuppe und damit ist dieses System als ein wichtiger Schritt in der Vervollkommnung der Landkrankenpflege gekennzeichnet.

Um unerwünschter Curpfuscherei durch die Pflegerinnen vorzubeugen, wird ihnen beim Antritt ihrer Stellung zur Pflicht gemacht, von jedem unzuständigen Eingreifen abzustehen und sich auch durch die Kranken nicht bewegen zu lassen, von den Anordnungen des Arztes abzugehen. Der Unterricht ist kostenlos; für Verpflegung wird pro Tag und Schülerin

1 M. gezahlt. Die Verpflegungskosten während des theoretischen Unterrichts trägt gewöhnlich die Kasse des badischen Frauenvereins, während des practischen Unterrichts haben die Schülerinnen selbst oder ihre Auftraggeber (Gemeinden, Kreisausschuss, Krankenverein etc.) zu tragen. Jährlich werden 1—2 Ausbildungscurse veranstaltet. Von 1885 bis 1896 wurden im Ganzen 120 Personen zu Landkrankenpflegerinnen ausgebildet, von denen 44 aus verschiedenen Gründen austraten, sodass jetzt über 80 Pflegerinnen, vertheilt über fast alle Amtsbezirke Baden, thätig sind. Die Anstellung und Besoldung ist den einzelnen Bezirken überlassen, und geschieht letztere entweder durch ein vertragsmässig festgesetztes Gehalt oder durch Pflegegelder, die sich nach dem Thätigkeitsumfang richten (vgl. das Referat v. Dietrich über diese Einrichtung. Deutsche Krankenpflege-Zeitg. 1898. pag. 88). Eine ähnliche Organisation der Landkrankenpflege ist auf Anregung von Hensgen in Kreise Siegen durchgeführt worden. In Erkenntniss der Thatsache, dass die Krankenpflege auf dem Lande sich nur unter Berücksichtigung der localen Verhältnisse ordnen lässt, und in der Erwägung, dass es nicht möglich ist, das erhebliche nöthige Contingent an Pflegekräften nur den geistlichen Genossenschaften zu entnehmen, hat man dort ebenfalls eine vollkommene Durchbildung von Berufspflegepersonen für die Landkrankenpflege Verzicht geleistet und erfolgreich den Nothweg beschritten, Pflegerinnen aus den einzelnen ländlichen Gemeinden zu entnehmen und sie auf Kosten der Frauenvereine ausbilden zu lassen. Hensgen berichtet, dass auch die staatlichen Organe der Arbeiterversicherung die Einrichtung als erspriesslich anerkennen und bereits einen laufenden Beitrag als Unterstützung bewilligt haben, und nimmt an, dass sich selbst schwache und arme Gemeinden betheiligen können, die etwa 300 M. Kosten haben würden, wenn auch die Krankenkassen, Berufsgenossenschaften, Alters- und Invaliditätsanstalten kleine Beträge beisteuern. Für die bleibende Leistungsfähigkeit der Pflegerinnen ist durch eine alle 3 Jahre stattfindende Nachprüfung gesorgt. Die Anstellung der Pflegerinnen erfolgt hier stets durch einen besonderen Vertrag zwischen derselben und dem betr. Ortsvorstand des Vaterländischen Frauenvereins (Näheres hierüber vgl. Hensgen, Organisation der Landkrankenpflege. Zeitschrift f. Krankenpf. 1898. pag. 219). Die Pflegerinnen tragen eine der Rothen Kreuz-Schwester ähnliche Tracht und verwalten gleichzeitig die nach Hensgen's Vorschlag eingerichteten „Krankenpflegehilfsstationen“ (Materialdepots). Die Ausbildung erfolgt im Augustahospital in Berlin oder einem Krankenhause des Vaterländischen Frauenvereins. Auch von Seiten der geistlichen Genossenschaften hat man sich angesichts der Thatsache, dass es in vielen Gegenden unmöglich ist, die Landkrankenpflege durch Gemeindeschwestern, die den Mutterhäusern entstammen, völlig versehen zu lassen, neuerdings dazu entschlossen, freie Hilfskräfte, die aus den Gemeinden selbst entnommen werden, heranzuziehen, ihnen eine, wenn auch nicht allen Anforderungen, die in den Städten gestellt werden können, gerecht werdende Ausbildung zu vermitteln und sie



s an das Pfarramt in der Stellung einer Dorfpflegerin zu bethätigen weist die Statistik der Inneren Mission der deutsch-evangelischen Kirche in ganz Deutschland die Existenz von 2595 Gemeindekranke nach, wonach 2788 Diakonissen auf 1598 Stationen an der Hand haben, 300 freie Schwestern an 212 Orten, 1432 Helfer und Helferinnen an 222 Orten (im Jahre 1897 wurden 218974 Kranke verpflegt und 1017 Besuche gemacht!); gleichwohl vertheilen sich diese Pflegen hauptsächlich auf die Städte. Eine besondere Statistik für das plattländische Gebiet ist nicht. Daher hat man z. B. in Thüringen in einigen Gemeinden von geistlicher Seite Landpflegerinnen angestellt (vgl. Berbig, *Land- und Krankenpflege*. Deutsche Krankenpf.-Zeitg. 1899. pag. 36; *Die Mitarbeit des Geistlichen auf dem Lande an der Krankenwartung in einer Gemeinde*. Ibidem. 1900. pag. 145), nachdem sich auch ein Mangel an Diakonissen sehr fühlbar gemacht hat. Berbig sagt: „Der Pfarrer auf dem Lande ist in den meisten Fällen die zuverlässigste und zuerst befähigte Persönlichkeit, die Ordnung der Krankenpflege seiner Parochie in die Hand zu nehmen. Hier wirkt die Persönlichkeit mehr als totes Gesetz. Darin besteht auch der Wert seiner Mitarbeit, nicht aber in medicinischen Rathschlägen oder etwa Vorträgen über die Wassercuren oder über die Maul- und Fußgelenkserkrankungen, oder gar in operativen Eingriffen — das überlässt sich ausschliesslich den Aerzten, weil es eben ihr Ressort ist —, sondern in der Anregung, Weiterführung und endlich in der formalen Einrichtung. Regt der Pfarrer die Hände, dann fällt die Last der kostspieligen Apparate eines vielköpfigen Comitès etc. weg. Der Pfarrers Blick muss auch die Persönlichkeit ausfindig machen, die am besten in der Lage ist, die Krankenpflege practisch auszuführen, wie andererseits die Pflegerin sich unablässig rühren muss, um die Mittel selbst zu gewinnen und sie gesund und flüssig zu machen, die zur Aufrechterhaltung der Anstalt erforderlich sind.“ Diesen Auffassungen bezüglich der Mitwirkung der Pfarrer an der Ausgestaltung der personellen Krankenwartung auf dem Lande kann man auch vom ärztlichen Standpunkt aus zustimmen, wenn man die hieraus resultirenden Verhältnisse werden ungefähr ähnliche wie die von Schilling als zweckmässig bezeichnete, so zwar, dass sich der Arzt als der Geistliche der betr. ländlichen Gemeinde, jeder nach seinem Standpunkte und unter Wahrung der fachlichen Thätigkeitsanforderungen an der Ordnung der Landkrankenpflege in nutzbringender Weise betheiligen. Die Ausbildungszeit dieser Landpflegerinnen betrug 2 bis 3 Jahre. Auch von katholischer Seite hat man auf Anregung von Arenberg) mit Erfolg in den letzten zwei Jahren die Ausbildung von Pflegerinnen für die Landkrankenpflege in die Hand genommen. Hier handelt es sich nicht um vollendete, berufsmässige Krankenschwestern, sondern um sog. Krankenbesucherinnen und Krankenberaterinnen, welche eine 4—6 wöchentliche theoretische und practische Unterweisung erhalten; in den drei abgehaltenen Cursen wurden bisher 60 Pflegerinnen ausgebildet, gemeldet hatten sich 105 Personen. Der theoretische

Unterricht (14tägig) findet im Kloster Arenberg, die practische Unterweisung (2—4wöchig) in einem Krankenhause statt; die Kosten werden durch Sammlungen gedeckt. In Donaueschingen ist das Princip der Selbsthilfe für die Landkrankenpflege in Anwendung gekommen, indem jedes Mitglied der Gemeinde 20 Pfennige pro Kopf und Jahr zahlt durch hochherzige Spenden wurde bei Begründung des Vereins ein grösserer Fonds zur Verfügung gestellt. Einen ausführlichen Ueberblick über diese von verschiedenen Seiten in Angriff genommenen Fortschritte zur Verbesserung der Krankenwartung auf dem Lande gaben auf der im September 1899 in Breslau abgehaltenen Versammlung des Deutschen Vereins für Armenpflege und Wohlthätigkeit die Referate von Hause und Düttmann (vgl. auch Schilling, Fortschritte in der Kranken- und Hauspflege auf dem Lande. Deutsche Krankenpf.-Zeitg. 1900. pag. 49).

Zweifellos ist in diesen Ansätzen zur Beschaffung einer geordneten und ausreichenden personellen Krankenwartung für das platte Land ein wichtiger Fortschritt in der Landkrankenpflege überhaupt zu erblickt und erzielt worden, und somit sind derartige Bestrebungen vom ärztlichen Standpunkte freudig zu begrüßen. Aber das darf keineswegs verschwiegen werden, dass auf diesem Zweige der Krankenpflege noch sehr viel zu thun übrig bleibt. Einerseits reichen die erzielten Erfolge keineswegs aus, um dem Bedürfniss der deutschen Landgemeinden entsprechen, andererseits darf man nicht vergessen, dass die Heranziehung von Hilfskräften für die Landkrankenpflege, die nicht als so werthige Berufspflegepersonen angesehen werden können, doch eben nur einen Nothbehelf darstellt, und dass jedenfalls das vom ärztlichen Standpunkte aus berechnete Streben, allmählich dahin zu gelangen, in der Krankenpflege nur völlig ausgebildete Pflegepersonen zu bethätigen, nicht an Bedeutung verliert. Es ist zu hoffen, dass man sich in der Zukunft dahin einigen wird, in einheitlicherer Weise als bisher Normen für Dauer und den Umfang der Ausbildung auch bei den Landpflegepersonen festzulegen.

In den grösseren Städten stellen sich der Fürsorge für eine ausreichende personelle Krankenwartung bei weitem nicht solche Schwierigkeiten entgegen, wie sie als für die Landkrankenpflege maassgebend oben hervorgehoben wurden. Die grössere Zahl und der grössere Umfang der Krankenanstalten, das vorhandene grössere Material an Berufsanwärtern, die sich aus dem erheblicheren Umfange der Gemeinden ergebende reichlichere pecuniäre Unterstützung, das Vorhandensein zahlreicher Stationen der genossenschaftlichen Organisationen in den Städten vereinigen sich, um die Fürsorge für die personelle Krankenwartung erleichtern. Aus diesen Gründen ist auch auf dem Gebiete gerade der Armen- und Gemeindekrankenpflege an den grösseren Orten es möglich gewesen, dem Bedürfniss in befriedigender Weise gerecht zu werden. Nicht nur für die gute Pflege armer Kranker in den öffentlichen Krankenanstalten ist aufs Beste gesorgt worden, sondern es ist auch vielen den ärmeren Kranken möglich, unter nur mässigem Kostenaufwand

ogar völlig unentgeltlich den Beistand einer barmherzigen Schwester konnissin zu erhalten. Für die wohlhabenden Familien ist in den in den letzten Jahren fast ausnahmslos in ausreichender durch die Domicilirung sowohl geistlicher als weltlicher Vereine, sich der öffentlichen Krankenpflege innerhalb der Familien widmen, worden. Die meisten derartigen Stationen, welche männliche ible Pflegekräfte auf Wunsch in die Familien entsenden, sind phonischem Anschluss versehen, sodass also die Erreichung sach-er Pflege in den grösseren Städten keinerlei Schwierigkeiten hat. ist leicht zu begreifen, dass sich die Aufgaben der Pflegepersonen rsartiger Weise gestalten, wenn es sich darum handelt, die Kranken-n bemittelten Familien zu leisten, als in der Armenkrankenpflege, lauptanforderungen bereits kurz beleuchtet worden sind. Im All-en kann man sagen, dass die Aufgaben der personellen Kranken-g; im ersteren Falle erheblich leichter zu lösen und auch weniger reich sind. Im Hause des Armen geht die Pflege meist in engen 1, die sowohl hinsichtlich der Beleuchtung als der Ventilation r Sauberkeit zu wünschen übrig lassen, vor sich. Es sind fast s irgendwelche Vorkehrungen für die Krankenpflege vorhanden, die Pflegeperson ihre Thätigkeit beginnt. Es handelt sich daher t darum, die Wohnung des Kranken und seine Umgebung so um-lten, dass die fundamentalen Erfordernisse der wissenschaftlichen ie gewahrt werden. In vielfacher Beziehung wird man sich da-gnügen müssen, die Gestaltung des Krankenraumes und seiner tung nur einigermaassen so durchzuführen, wie es vom ärztlichen unkt wünschenswerth erscheint. Denn auf Schritt und Tritt sich die materielle Beschränkung störend bemerkbar. Immerhin s meist einer tüchtigen erfahrenen Pflegeperson gelingen, dem n einen Grad der Behaglichkeit und Bequemlichkeit zu schaffen, f den Krankheitsverlauf günstig einwirkt. Schon die Herstellung r die Krankenbehandlung so wichtigen Ordnung und Sauberkeit in ngebung des Kranken, deren Beschaffung ja ohne nennenswerthen fswand sich bewerkstelligen lässt, ist eine hauptsächliche Sorge Armenkrankenpflege. Häufig genug kommt hier ausser der eigent-körperlichen und psychischen Pflege der Kranken aber noch die um die Aufrechterhaltung und Unterstützung des ganzen Haus-s hinzu, und sie tritt besonders dort in den Vordergrund, wo die rau selbst erkrankt ist oder fehlt oder durch ihre Erwerbsthätig-in Anspruch genommen wird; ja, schliesslich kann auch die rge für die unerwachsenen Kinder in der Armenpflege mit auf der kenpflegerin Schultern kommen. Dazu soll sie auf die ganze Familie hend, aufklärend, veredelnd wirken und den Kranken selbst sach-iss versorgen. Welche Fülle der Aufgaben, welche Schwierigkeit Stellung! Schliesslich liegt es auch der Pflegerin ob, eine geeignete anerkost und die nöthigsten technischen Hilfsmittel der Krankenpflege bereitschaft zu setzen. Man ersieht daraus, dass die private Armen-

krankenpflege nicht nur an die personelle Krankenwartung ganz ordentliche Ansprüche stellt, sondern dass sie auch in zufriedenswerter Weise nur von Personen geleistet werden kann, die in allen Zweigen des Krankenpflegeberufes gründlich durchgebildet sind und eine jahrelange Berufserfahrung verfügen.

Ganz anders liegen die Verhältnisse im bemittelten Hausstande: grosse Hemmnisse materieller Beschränkung fällt hier entweder ganz oder doch zum wesentlichen Theile fort. Die Pflegepersonen finden beim Ausüben der Pflegeethätigkeit zumeist Wohnräume vor, die den hygienischen Anforderungen besser entsprechen, sowohl was ihre Lage und Grösse als die Beleuchtung, Ventilirbarkeit etc. anlangt. Das Vorhandensein mehrerer Zimmer gestattet leichter ein geeignetes Zimmer speciell zum Krankenzimmer zu machen und dementsprechend einzurichten. Alle Störungen lassen sich aus leichter entfernen und fernhalten; alle Vortheile lassen sich besser nutzen, als wenn im Ganzen nur eine Stube und Küche oder bestenfalls eine Stube, Kammer und Küche vorhanden ist. Während man zufolge den letzten Jahren erreichten ausserordentlichen Fortschritten in der öffentlichen Krankenpflege mit Berechtigung sagen kann, dass der Arme nirgends im Krankheitsfalle aufgehoben ist als in einem modernen, mit aller Rücksicht auf des Kranken Bequemlichkeit und Behaglichkeit ausgerüsteten Krankenhause, gilt dies naturgemäss nicht in gleichem Maasse von dem begüterten Privatmanne, dem es möglich ist, sich innerhalb seiner Wohnung ein „Krankenhaus im Kleinen, für einen Kranken bestmöglichst einzurichten oder sich einrichten zu lassen. Alles, was den „Cura des Kranken“ ausmacht und, wie im vorhergehenden Kapitel dieses Werkes eingehend erläutert ist, in seiner Gesamtheit die Erfolge der Krankenbehandlung und Krankenpflege wirksam zu unterstützen, kann ja bei bemittelteren Kranken ohne jede Schwierigkeit herbeigeführt und in sachkundiger Weise angewendet werden. Ferner kommt bei der Krankenpflegeperson, wenn es sich um die Privatpflege Wohlhabender handelt, hier weit weniger selten in ungeordnete Familien- und Lebensverhältnisse hinein, sodass ihr die Uebernahme von ergänzenden und ordnenden Aufgaben, die nicht direct zur Krankenpflege gehören, hier nicht so häufig zufällt, als in der Gemeindekrankenpflege. Ueber ein weiteres Moment, das auch sehr ins Gewicht fällt, um die Aufgaben der Krankenpflege zu erleichtern, liegt darin, dass es sich hier häufig um Kranke handelt, die über ein höheres Maass allgemeiner Kenntnisse verfügen, eine grössere Einsicht besitzen in die Anordnungen und Forderungen, die über, welche zum Nutzen des Kranken von Seiten des Arztes an die Pflegeperson geäussert werden. Schliesslich ist auch zu bedenken, dass im wohlhabenderen Haushalt stets ein oder mehrere Diensthelfer vorhanden sind, welche durch Uebernahme gewisser Arbeitsgebiete des Haushaltes und durch Ausrichtung von Gängen, Besorgungen, Bestellung von Dingen für die Krankenpflege eine Erleichterung bieten. Damit sollen die Differenzen gegenüber der Armenkrankenpflege beleuchtet werden, auf dem wegs aber würde es der Absicht entsprechen, mit diesen Ausführungen

aupten, dass die personelle Krankenwartung nicht auch in be-  
 Kreisen eine an sich äusserst schwierige und anspruchreiche  
 darstellt. Die eigentliche Pflegeethätigkeit mit allen ihren Ver-  
 lichkeiten und Pflichten bleibt ja stets dieselbe. Ja, es lassen  
 gar Fälle denken, in denen gerade wegen der grossen Complicirt-  
 s Hauswesens die Krankenpflege zu einer besonders schwierigen  
 weil hier an die Uebersichtsfähigkeit und das Dispositionstalent  
 gerin besondere Anforderungen herantreten; es wird dies be-  
 bei Erkrankungen der Hausfrau der Fall sein, aber auch, wenn  
 z. B. um ansteckende Erkrankungen handelt, wird die Möglich-  
 Uebertragung und die Schwierigkeit der Desinfection häufig um  
 ser sein, um so grössere Ausdehnung das betr. Hauswesen be-  
 Um an Stelle der erkrankten Hausfrau in einem grösseren Haus-

ie wirthschaftliche Ordnung gleichzeitig mit der Krankenpflege zu  
 men, dazu bedarf es naturgemäss ganz besonderer Fähigkeiten  
 der personellen Krankenwartung in Bezug auf Intelligenz und  
 lichkeit, die sich nicht häufig vorfinden dürften, und zweifellos  
 ir bei Personen, die aus wohlhabenderen Kreisen hervorgegangen  
 id selbst eine höhere Bildung besitzen. Aber eigentlich über-  
 n wir auch mit der Heranziehung derartiger complicirter Auf-  
 ur personellen Krankenwartung schon das eigentliche Thätigkeits-  
 ler Krankenpflegepersonen, und es erscheint fraglich, ob es nicht  
 enswerther ist, in den relativ seltenen Fällen, wo derartig um-  
 Aufgaben zu bewältigen sind, eine Arbeitstheilung eintreten zu  
 und einen Theil derselben der berufsmässigen Krankenpflegerin,  
 nderen eñer eigens hierfür bestellten Vertreterin oder Stütze im-  
 sen zu übertragen. Was die volkshygienische Mission der Kranken-  
 rsonen anlangt, so werden sie ohne Frage auch in den begüterten  
 häufig genug Gelegenheit haben, dieselbe zu üben und durch  
 ässe Belehrung und Aufklärung zu wirken; denn leider sind  
 die fundamentalsten Kenntnisse aus der privaten Hygiene noch  
 dem Maasse in die Bevölkerung eingedrungen, wie dies wünschens-  
 st, und so trifft man selbst in den Kreisen der „sog. Gebildeten“  
 elten auf erstaunliche falsche Ansichten, verkehrte Vorstellungen  
 urtheile, gegen welche Arzt und Pflegepersonen oft einen nicht  
 Kampf führen müssen.

us einigen der obigen Ausführungen geht hervor, dass es aus  
 eben Gründen von Wichtigkeit ist für das Gebiet der privaten  
 npflege, soweit sie nicht Armenkrankenpflege ist, bei welcher die  
 tätigkeit häufig keine ununterbrochene, sondern nur aus einzelnen  
 en sich zusammensetzende ist, gewisse Thätigkeitsgrenzen festzu-  
 , immer unter dem Gesichtspunkt, dass es vortheilhaft ist, den  
 npflegeberuf als eine gesonderte Lebensaufgabe, eine ärztliche  
 tätigkeit aufzufassen. Eine Aufstellung diesbezüglicher Normen  
 uch angebracht, um eine Ueberbürdung und Ueberlastung der  
 kpflegepersonen zu vermeiden, welche nach zwiefacher Richt---

sich als schädlich erweisen würde, und zwar erstlich, insofern die Sorgfalt der Pflege und damit der Kranke darunter leiden müsste, wenn der Pflegeperson ein zu grosser Kreis von Pflichten und Aufgaben, bezw. zu grosse Anstrengungen zugemuthet würden, sodann aber auch, insofern eine gewisse Schonung durch Einengung des Arbeitsgebietes auch in Rücksicht auf die Gesunderhaltung der Pflegepersonen selbst geboten ist. Der letztere Punkt gewinnt besonders an Bedeutung, wenn man erwägt, mit wie grossen körperlichen und geistigen Anspannungen, mit wie mannigfachen Mühen und Gefahren die Leistung der Krankenpflege verbunden ist, und wie relativ wenige tüchtige Personen sich bereit finden, diese schwierige Thätigkeit andauernd auf sich zu nehmen. Aus diesen Erwägungen heraus wird man nicht nur das Bestreben zu würdigen wissen, die Krankenpflegepersonen mehr und mehr in der Privatpflege von Thätigkeiten zu entlasten, welche nicht eigentlich zur Fürsorge für den Kranken gehören, sondern man wird sogar dahin gelangen, solche Bestrebungen vom ärztlich-therapeutischen Standpunkt aus möglichst zu unterstützen und zu begünstigen. Auf der einen Seite darf man nicht vergessen, dass die Voraussetzungen für die personelle Krankenwartung in den Krankenanstalten ganz andere sind als diejenigen im Privathause; in den Anstalten sind immer eine Anzahl Hilfskräfte zur Hand, welche zum Theil selbst noch in der Lehrzeit begriffen, immerhin eine Entlastung darstellen, während im Privathause die Pflegeperson mehr auf sich allein angewiesen ist und eine selbstständigere Stellung einnimmt, weshalb sich der Privatpflege gewöhnlich nur Personen widmen, die bereits eine mehrjährige Krankenhausthätigkeit hinter sich haben und über reichere Berufserfahrungen verfügen. Auf der anderen Seite besteht die Thatsache, dass das Publikum, die Verhältnisse nicht richtig beurtheilend, nur zu leicht geneigt ist den Pflegepersonen hinsichtlich der Stellung, der Pflichten und der Honorirung Bedingungen zuzumuthen, gegen welche dieselben in Schutz genommen werden müssen. In dem eigenen Interesse der Aerzte liegt es fraglos auch in diesen mehr materiellen Beziehungen die Pflegepersonen zu fördern, sowohl aus den schon angeführten Gründen, als auch deshalb, weil sie sicherlich gesamere, eifrigere, freudigere und aufopferndere Gehilfen an den letzteren finden werden, wenn sie die berechtigten Interessen der Pflegepersonen dem Publikum gegenüber wahren. Was zunächst die Stellung im Privathause anlangt, so erscheint es unbillig, wenn das Ansinnen geschieht, die Krankenpflegepersonen den Dienstboten zu aggregiren, weil ihnen ihre beruflichen Fachkenntnisse eine Sonderstellung zuweisen. Der richtige Gesichtspunkt, unter dem die Krankenpflegepersonen auch dem Publikum gegenüber erscheinen können, ist der von „Gehilfen des Arztes“; damit ist eigentlich ihre Stellung schon ausreichend charakterisirt: als Gehilfen des Arztes haben sie vor allem Diesem Gehorsam zu leisten und participiren in gewissem Grade an der Verantwortlichkeit für die Qualität der Krankenfürsorge, gleichzeitig dürfen sie aber auch eine gewisse Autorität für sich in Anspruch nehmen, die schon im Interesse

Willfährigkeit des Kranken und seiner Angehörigen bei der Aus- und Durchführung der nöthigen therapeutischen Maassregeln gewahrt muss. Auch die Sicherung dieser nothwendigen Autorität den An- und noch mehr den Dienstboten gegenüber lässt es als eine mögliche Forderung erscheinen, dass die Pflegepersonen gewisse Rechte vor dem Hauspersonal geniessen. Mit gutem Grunde wird von Seiten mancher Genossenschaften den ihnen entstammenden männlichen und weiblichen Pflegepersonen eine die Pflegebedingungen betreffende schriftliche Anweisung in die Pfllegethätigkeit mitgegeben, in welcher gewisse Normen für das Publikum festgelegt werden, um so die grossen Aus- und Abnutzung derselben vorzubeugen. Dieses ist durchaus zu billigen, und es ist fraglos von Werth sich nach dieser Richtung aufzustellenden Gesichtspunkte zu einigen. In den erwähnten Anweisungen finden sich Bestimmungen darüber, dass Privatpflege mehr als 2 Nachtwachen hintereinander (bei gleichzeitiger Tagpflege) von derselben Pflegeperson nicht geleistet werden dürfen; ferner darüber, dass den Pflegepersonen ein hinreichendes, warmes Essen verabreicht werden soll, dass sie nicht veranlasst werden gemeinschaftlich mit den Dienstboten in der Küche zu speisen, wenn die Besonderheit der Pflege nicht die ununterbrochene Anwesenheit im Krankenzimmer nöthig macht, in einem anderen ruhigen Zimmer und zwar allein oder im Anschluss an die Familie des Kranken, ferner darüber, dass sog. „Trinkgelder“ den Pflegepersonen nicht angedungen werden dürfen, darüber, dass nach Uebernahme von Nachtwachen genügende Schlafruhe am Tage in einem ruhigen, verschliessbaren Zimmer ermöglicht werde und überhaupt für einige Erholung in freier Luft Sorge zu tragen sei.

Hinsicht auf eine wünschenswerthe Entlastung der Pflegepersonen, welche die ihnen angemessene Thätigkeitsgrenze überschreitet, kommt in Frage, dass das Thema „Hausarbeit und Krankenpflege“ auch für die Privatkrankenpflege eine geeignete Erläuterung und Grundlage finde. In der Pflege bei wohlhabenden Familien wird es sich empfehlen dafür einzutreten, dass die Pflegepersonen jedenfalls von der Richtung gröberer Arbeiten ausserhalb des Krankenzimmers befreit werden, weil solche Thätigkeiten als nicht zur Krankenpflege gehörig betrachtet werden müssen und ihre Vollziehung durch billigere Hilfs-Dienstpersonal) erfolgen kann. In der Gemeinde-Krankenpflege wird sich dieser Grundsatz nicht immer durchführen lassen, und es wird es hier nöthig sein, dass die Pflegerin keinerlei Arbeit aus der Hand weist; und zwar nicht nur deshalb, weil sie es häufig sein muss, die das ganze Hauswesen während des Krankheitsfalles im besten Bestand und Ordnung erhält, wie dies weiter oben geschildert wurde, sondern auch deshalb, weil sie gerade durch Uebernahme solcher Arbeiten auch erziehlich wirken kann. Natürlich wäre allerdings eine unberechtigte, dass die Pflegepersonen überhaupt in unangemessenen, unhygienischen gröberen Arbeiten (Reinigen des Krankenzimmers,

Besorgung der Krankenwäsche etc.) dispensirt werden sollten; denn in derartigen Arbeiten kann, selbst wenn es sich um gebildete Berufspflegerinnen (Schwestern) handelt, keine erniedrigende und entwürdigende Thätigkeit erblickt werden. Im Gegentheil, gerade die Reinhaltung des Krankenzimmers wie des Kranken gehört mit zu den wichtigsten und unabweislichsten Aufgaben der eigentlichen Krankenpflgethätigkeit und mit Recht wird den Pflegepersonen, welche sich für derartige Verrichtungen zu gut halten, ein anspruchsvolles „Sichbedienenlassen“ zum Vorwurf gemacht. Dass die Aufgaben der körperlichen Krankenpflege, der Krankenbeobachtung, der Berichterstattung an den behandelnden Arzt in der Privatpflege mit gleicher Pünktlichkeit seitens der personellen Krankenwartung erfüllt werden müssen wie in der Hospitalpflege, bedarf kaum der Hervorhebung. Diesen Anforderungen kann meist im Privathause mit noch eingehenderer Sorgfalt nachgekommen werden als im Hospitale, weil die Pflegerin im ersteren Falle nur einen Kranken in Obhut nimmt, auf welchen sie ihre gesammte Aufmerksamkeit und Fürsorge concentriren kann. So wird in der Privatpflege seitens der Krankenwartung noch weit mehr individualisirt werden können, besonders auch in psychischer Beziehung. Dem Temperament, dem Charakter, den Gewohnheiten des Kranken kann in der Privatpflege eingehend Rechnung getragen werden; ein die „Wünsche des Kranken ablauschen und ihnen zuvorkommen“ lässt sich hier noch viel ausgiebiger durchführen. Gerade in der Privatpflege wird den Pflegepersonen neben der mehr technischen Fachbildung auch eine gewisse Allgemeinbildung sehr zu Statten kommen, welche auch ihre Fähigkeit erhöht, sich in die oft so verschiedenartigen Milieus einzufügen, deren Differenz nicht nur durch den wechselnden Grad materiellen Wohlstands, sondern auch durch den Bildungsumfang, Berufsstand, die gesellschaftliche Stellung und Lebensanschauung, sowie den Charakter der in Frage kommenden Personen verursacht wird. Gerade in dieser Verschiedenartigkeit der Umgebung, welcher sich in kluger und taktvoller Weise anzupassen eine unabweisbare Aufgabe für die Privatpflegepersonen darstellt, liegt eine sehr erhebliche Schwierigkeit, und es bedarf in der That einer vielfachen Berufserfahrung auch in der Familienpflege, um nach dieser Richtung stets allen Anforderungen der Stellung gewachsen zu sein. Dass die Pflegepersonen während der Ausübung ihrer beruflichen Thätigkeit sowohl dem Kranken als dessen Angehörigen gegenüber mit ihren persönlichen Wünschen und Anschauungsweisen in Bezug auf die außerhalb ihres Fachgebietes liegenden Verhältnisse zurückhalten, und vermeiden, durch deren Hervorkehrung unbequem zu werden, ist erforderlich; ebenso erforderlich aber ist es, dass sie, wohin auch immer der Berufspfad sie führt, sich ihre berechtigten Ansprüche und die ihnen gebührende „Stellung“ zu sichern verstehen. Zweifellos wird das Letztere in wirklich gebildeten Kreisen leichter gelingen, als in Kreisen, welche sich selbst nur zu den gebildeten zählen, ohne der That hierauf unanfechtbaren Anspruch erheben zu können.



## Fürsorge auf dem Gebiete der Krankenwartung.

enkrankenpflege wird stets nach dieser Richt-  
Pflegeperson in Vorthail sein gegenüber der  
da erfahrungsgemäss Angehörige der niederen  
die aus denselben Kreisen stammen, häufig  
verweigern. Nicht etwa nur, um die genos  
angehörigkeit äusserlich zu markiren, halten die ge  
rganisationen darauf, dass die ihnen entwachs  
eine gewisse Uniformirung beibehalten, sondern  
hat hier zugleich den Zweck als eine Art Amtskl  
onders bei der Pflege in unteren Volksschichten  
ung, zum Schutz gegen Ungebührlichkeiten und

Anschluss an die Erörterungen über eine bis zu einem  
ünschenswerthe Entlastung der Pflegepersonen kommt  
Berufsthätigkeit in Frage, welcher neuerdings besonde  
keit zugewendet wird. Es unterliegt keiner Discussion, dass zu  
tigsten Aufgaben der personellen Krankenwartung auch ein  
Fürsorge für die Krankenernährung gehört. Während es nach  
eren wissenschaftlichen Anschauungen unzweifelhaft Sache des  
den Arztes ist, sich um die qualitative und quantitative Er-  
seiner Kranken selbst aufs Eingehendste zu kümmern und dieselbe  
den Ergebnissen der Ernährungstherapie genau zu regeln, fällt  
eperson das wichtige Gebiet der Nahrungsdarreichung zu, durch  
eherrschung sie in der Lage ist, die Erreichung der ärztlichen  
tionen aufs wirksamste zu unterstützen. Es bedarf an dieser  
einer näheren Begründung dieser Thatsache, und ebenso wenig  
e eingehendere Schilderung der Technik der Nahrungsdarreichung,  
die zahlreichen Lehrbücher der personellen Krankenwartung ent-  
nir am Platze. Es soll nur betont werden, dass die persö-  
stgerechte Darreichung der für den Kranken bestimmten Speisen  
änke einen integrirenden Theil der eigentlichen Pflegeethätigkeit  
dessen Einbeziehung in das Wirkungsgebiet der Pflegepersonen  
als absolut nothwendig angesehen werden muss. Wohl aber  
über eine Verschiedenheit der Ansichten herrschen, ob auch die  
Zubereitung der Krankenspeisen unbedingt als eine Aufgabe  
kenpflegepersonen zu betrachten ist. Mannigfache Gründe  
dafür, diese Frage zu bejahen. Zunächst erheischt der Um-  
achtung, dass ja schon aus äusseren Gründen (Mangel an Dienst-  
und sonstigen Hilfskräften) bei der Pflege in weniger bemittelten  
die Pflegepersonen häufig gezwungen sind, die Krankenspeisen  
eter Form und Qualität für den Kranken selbst heranzu-  
und vorzubereiten; sodann aber erfordert die Technik der Speisen-  
für Kranke an sich eine ziemlich erhebliche specielle Erfahrung,  
die Auswahl der für die Herstellung von Krankenspeisen zweck-  
Nahrungsmittel unterliegt einer so besonders subtilen Begut-  
dass auch aus diesen Gründen es geboten erscheint, die Berei-

tung der Krankenkost gleichfalls in die Hände geschulter Berufspersonen zu legen. Bei der Privatpflege in wohlhabenden Familien ein unterstützendes Dienstpersonal leicht zur Hand ist, wird es wenigstens nöthig sein, die Pflegerin mit der Ueberwachung der Krankenkostbereitung zu betrauen. Eine geeignete Entlastung der Pflegeperson auf diesem Gebiete, welche ihnen besonders in der Armenkrankenkost erwünscht sein dürfte, wird in recht passender Weise in neuester Zeit durch die Einführung und Errichtung öffentlicher Krankenkost-Einrichtungen (zuerst in Berlin) angestrebt, in welchen von geschultem Personal bekömmliche, nach ärztlichen Angaben zusammengestellte Krankenkost zubereitet und in mit geeigneten Wärmepparaten versehenen Speisekammern durch Vermittlung bezw. auf Bestellung der Pflegerinnen den Kranken zugeführt wird. Natürlich kommen derartige Einrichtungen nur in grössere Städte in Betracht.

### 9. Specialkrankenpflege.

Das gegenwärtig allenthalben in die Erscheinung tretende Empfinden von Special-Krankenanstalten verschiedenster Art, welches als das meist charakteristische Moment in dem jetzigen Entwicklungsstadium des Hospitalwesens aufzufassen ist (vgl. v. Leyden, Ueber Specialkranken Häuser. Arb. a. d. I. med. Klinik zu Berlin. 1891. Bd. I), hat in mannigfacher Richtung eine Folgewirkung im Sinne einer grossen Arbeitstheilung veranlasst, welche sich einerseits in einer immer mehr gehenden Specialisirung der einzelnen medicinischen Wissensgebiete, andererseits in dem Auftreten von Specialärzten aller Art äusserte. Auf dem Gebiete der personellen Krankenwartung lassen sich weitestgehende Einflüsse verfolgen, welche die wachsende Entfaltung des Specialhospitalwesens hinsichtlich der Gestaltung des Krankenpflegeberufes herbeigeführt hat. Die nach dieser Richtung auffallendste und bemerkenswertheste Thatsache ist das neuerdings mehr und mehr wahrnehmbare Auftreten von Specialkrankenpflegern und Specialkrankenpflegerinnen, welche sich in der Ausübung ihrer beruflichen Thätigkeit dauernd auf ein einziges Specialgebiet der Krankenwartung beschränken. In ähnlicher Weise, wie die weitgehende Ausbildung der Specialärztlichen Technik in unseren Tagen dazu geführt hat, dass eine ganze Reihe von bestimmten Krankheitsgruppen sich „Specialärzte“ absondern, macht sich nunmehr eine Theilung in Specialitäten in fortschreitender Maasse auch in den Reihen des beruflichen Pflegepersonals bemerkbar. Die modernen Specialhospitäler ermöglichen durch ihre Beschaffenheit auf eine bestimmte Erkrankungsgruppe oder sogar eine bestimmte Krankheit eine viel detaillirtere und verfeinere Handhabung der Krankenfürsorge, als die früher fast ausschliesslich vorhandenen grossen, allgemeinen Krankenhäuser. „Das Beste kann nur erreicht werden in beschränktem und concentrirtem Wesen, wenn alle Kräfte auf eine einzige Aufgabe gleichsam nach dem einen Ziele streben, die Leistung

ärztlichen Kunst und Behandlung auf die höchstmögliche Stufe zu bringen" (v. Leyden).

In analoger Weise, wie nun das Wissen und Können der Aerzte dieser Spezialkrankenanstalten aufs Wirksamste dadurch gefördert wurde, dass ihre gesammte Aufmerksamkeit sich während einer jahrelangen Zeitdauer in concentrirtem und verschärftem Maasse auf die speciellen und eigenartigen Bedürfnisse einer besonderen Gruppe von Kranken richtete, so musste auch die besondere Tüchtigkeit und Leistungsfähigkeit des Pflegepersonals, dessen Obhut die Wartung der betreffenden Kranken anvertraut war, mit der Zeit in diesen Anstalten eine höhere und gerade auf die Bedürfnisse von Kranken der bestimmten Kategorie in besonderem Maasse zugeschnittene werden. Geben nun solche Krankenpflegepersonen, welche jahrelang in Spezialkrankenhäusern, wie z. B. in Volksheilstätten für Lungenkranke, in Anstalten für Nerven- oder Geisteskranke, Kinderkrankenhäusern Krankenpflege ausgeübt haben, ihre Anstaltsthätigkeit auf, um den Krankenpflegeberuf hinfort selbstständig als sog. Privatkrankenpfleger und Privatkrankenpflegerinnen fortzusetzen, so geschieht neuerdings häufiger, dass sie ihre Specialität auch fürderhin beibehalten und sich „Spezialkrankenpfleger (-gerin) für Lungenkranke, Nervenkrankte, kranke Kinder, Wöchnerinnen etc.“ nennen. Es ist hierdurch in ganz ähnlicher Weise, wie dies bei den Spezialärzten der Fall war, auch für das Krankenpflegepersonal eine ganz neue Berufsgruppe von ärztlichen Hilfspersonen, die Spezialkrankenpfleger, ins Leben getreten, und es hat den Anschein, als ob in Zukunft bei der immer weiter fortschreitenden, sich über das ganze Land hin erstreckenden Gründung von Spezialkrankenanstalten jeder Art dieses neue Moment in der Weiterentwicklung des Krankenpflegeberufes eine bedeutendere und umfangreichere Rolle zu spielen bestimmt sei.

Eine fortschreitende Specialisirung in der personellen Krankenwartung lässt sich jedoch noch nach einer anderen Richtung hin beobachten, als sie in den bisherigen Erörterungen berührt wurde. Während nämlich bei den bisher erwähnten Spezialpflegern und Spezialpflegerinnen die Trennung in Sondergebiete der Pflegehätigkeit mehr nach „pathologischen“, den verschiedenartigen Gruppen von Erkrankungen und Kranken entsprechenden Gesichtspunkten erfolgte, ist daneben auch noch in grösserem Umfange eine Spaltung der beruflichen Krankenpflegehätigkeit nach vorwiegend „therapeutischer“, sich mehr auf Theilgebiete der Dienstleistung und Technik beziehender Richtung, deutlich erkennbar. Hierbei kommt also nicht die Beschränkung auf die Abwartung und Pflege einer bestimmten Gruppe von Kranken, welche an gleichartigen Erkrankungen leiden, in Frage, sondern es handelt sich, ohne Rücksicht auf die im Einzelfall vorliegende Erkrankung, um die dauernde Beschränkung der Krankenpflegeperson auf bestimmte, begrenzte technische Methoden der Krankenpflege. In diese Kategorie würden alle diejenigen Spezialpfleger (-gerinnen) zu rechnen sein, welche dauernd einzig und allein nur Massage oder kalte Abreibungen, Schmiercuren, Bädpflege,

kleine Chirurgie (Heilgehilfen) auf Anordnung und unter Leitung die Gesamtkrankenbehandlung leitenden Arztes ausüben und die Specialfächer der Krankenwartung meist als einen selbstständigen Betrieb betreiben. Man geht wohl kaum fehl, wenn man das sich in stetig wachsender Ausbreitung zeigende Auftreten dieser Gruppe von Specialpflegepersonen in Beziehung bringt zu einem ferneren wichtigen und bedeutungsreichen Moment in dem Entwicklungsgange des modernen Specialkrankenhauswesens. Auch die Entfaltung und das Emporblühen der Specialkrankenanstalten bewegt sich heute in unverkennbarer Stimmung nach zwei verschiedenen Richtungen hin. Die Specialhospitäler der Gegenwart, welche in ihrer Gesamtheit mehr und mehr dazu bestimmt erscheinen, die grossen allgemeinen Krankenhäuser zu ersetzen (v. Leyden), haben sich nicht nur durch Zusammenfassung einer grösseren Anzahl in gleichartiger Weise Erkrankter unter einem Dache gebildet, sondern insbesondere in letzter Zeit auch zum Zwecke der hauptsächlichlichen Ausführung und Ausgestaltung bestimmter, jetzt in erhöhter Masse zur Anwendung gelangender therapeutischer Methoden. Die besonderen Krankenanstalten für physikalisch-diätetische Behandlung, Massage, Bäderbehandlung, Heilgymnastik, mechanische Behandlung vermehren sich von Tag zu Tag, und es scheint, dass die therapeutische Richtung, welche gegenwärtig in der wissenschaftlichen Medicin mehr den Vordergrund tritt (vgl. v. Leyden: Ueber Strömungen in der inneren Medicin. Deutsche med. Wochenschr. 1897. No. 25), in der Zukunft noch eine reichere Entfaltung derartiger Anstalten zeitigen wird. Es ist nun in keiner Weise zweifelhaft, dass das gehäufte Auftreten von Specialpflegepersonen, welche sich auf ein bestimmtes technisches Theilgebiet der Krankenwartung beschränken (Masseure, Heilgehilfen, Bader, Pfleger etc.) auf die in stetigem Fortschreiten begriffene Vermehrung von Special-Behandlungsinstituten zurückzuführen ist. Der grössere Theil dieser Specialpflegepersonen setzt sich dementsprechend aus Personen zusammen, welche eine Zeit lang in Kaltwasserheilanstalten, Massage-Instituten, medico-mechanischen Anstalten, chirurgischen Klinikern als Pfleger oder Pflegerinnen thätig gewesen sind, sich der Privatkrankenpflege zugewendet und sich je nach individueller Neigung und individuellen Kenntnissen diese oder jene Pflege-Specialität als dauernden Lebensberuf ausgewählt haben.

Die Wahrnehmung einer derartigen umfangreichen Specialisirung auf dem Gebiete der personellen Krankenwartung legt nun die Frage nahe, ob diese Erscheinung im Interesse einer guten Krankenfürsorge von ärztlich-therapeutischen Standpunkte als eine erwünschte aufzufassen ist, und wie sich die ärztlichen Anforderungen, welche heutzutage aus wissenschaftlichen Gründen an die Qualität der Pflegepersonen gestellt werden müssen, dem Auftreten so zahlreicher Specialitäten im Krankenpflegeberufe gegenüber geltend machen können. An und für sich lässt sich gegen die Existenz und die weitere Vermehrung der Specialpflegepersonen verschiedenster Art kaum etwas einwenden, da man

niss in ihm anzueignen. Hingegen erscheint es andererseits von Wichtigkeit auch in Bezug auf die Vorbildung der Specialpflegepersonen den Beruf ähnliche Anforderungen zu erheben, wie es heutzutage häufig der Specialärzte der Fall ist. Ebenso wie es für die Bewegung zur Ausübung einer medicinischen Specialthätigkeit nicht genügend erachtet werden könnte, wenn Jemand sich während des Studienganges ganz ausschliesslich mit einer einzigen Specialclin der wissenschaftlichen Medicin beschäftigte, es vielmehr als wünschlich angesehen wird, dass zuvörderst ein allseitig geregelter abgerundeter medicinischer Bildungsgang auf der Universität unter Vorführung des staatlichen Examens zurückgelegt wird, dem dann erst eine möglichst langdauernde practische Specialausbildung an guten Hospitälern und Kliniken zu folgen hat, so darf man mit Bewegung auch das Verlangen aussprechen, dass dahin gestrebt werde auf dem Gebiete der personellen Krankenwartung Einrichtungen zu schaffen, welche in allgemeingültiger Weise eine geordnetere und bessere Ausbildung für die ausübenden Krankenpflegepersonen, insbesondere für die Specialkrankenpfleger, gewährleisten.

Nur in einer alle ärztlichen Anforderungen voll befriedigenden Weise kann sich dieses Ziel einer einheitlichen, geordneten Ausbildung der ärztlichen Hilfspersonen nur auf der Grundlage gesetzlicher Normen erreichen lassen. Die hauptsächlichste und wichtigste Aufgabe, welche dieser Richtung hin in Frage kommt, ist die Einführung eines einheitlichen Befähigungsnachweises für alle Personen, welche Krankenpflegeberufsmässig ausüben (vgl. E. Dietrich, Der Werth eines staatlichen Befähigungsnachweises für alle Krankenpflegepersonen. Deutsche Krankenztg. 1898. pag. 281 ff.). Das Bedürfniss nach einem solchen Be-

lichen Krankenanstalten oder *privatim* allgemeine Krankenpflege ausüben sondern auch auf diejenigen Pfleger und Pflegerinnen, welche sich einen bestimmten Specialzweig der Krankenwartung beschränken. Die Specialisten auf dem Gebiete der Krankenpflege bedürfen einer eben gründlichen Ausbildung und Vorbildung wie die allgemeinen Krankenpfleger; ja, man wird sogar mit Berechtigung fordern dürfen, dass Ansprüche an sie eher nach der einen oder der anderen Richtung noch höhere sein müssen, als die Anforderungen, die zur Ausübung der Krankenpflege überhaupt als unerlässlich zu erachten sein werden. Man wird nicht vergessen dürfen, dass alle Specialpfleger doch immer Krankenpfleger sind und erst in zweiter Linie Specialisten. Eine solche Auffassung der Sachlage erscheint nothwendig, wenn man den Krankenpflegeberuf in seiner Gesamtheit auf einer hohen und würdigen Stelle erhalten und seine gesunde Weiterentwicklung fördern will. Jede männliche oder weibliche Person, welche auf Aufforderung und unter Leitung des ihr vertrauenden Arztes die Obhut, Abwartung und Pflege des Kranken, sowie die Ausführung irgendwelcher ärztlicher Anordnungen am Körper des Kranken übernimmt, muss sich stets in gleicher Weise an die Verantwortlichkeiten bewusst sein, welche mit der Ausübung des Krankenpfleberufes untrennbar verbunden sind. Auch wenn sie dauernd sich auf ein bestimmtes specielles Gebiet der Pflegeethätigkeit beschränkt wie z. B. auf die Wochenpflege oder die Pflege Nervöser, oder Massage etc., so muss sie doch in jedem Falle in gleicher Weise die genaueste die Pflichten kennen, welche bei jeder Art von Pflegeethätigkeit ihr sowohl dem Kranken als auch dem Arzte, sowie den Angehörigen des Kranken, der Aussenwelt, den Berufsgenossen, eventuell dem Oberin oder dem Oberpfleger gegenüber erwachsen. Jeder Specialkrankenpfleger muss genau wissen, wie man mit kranken Menschen im Allgemeinen umzugehen hat, er muss die besonderen Bedürfnisse kranker Personen eingehend kennen und zu würdigen wissen, er muss Kranken richtig anzufassen und zu lagern verstehen, muss seine Gespräche mit ihnen tactvoll so einzurichten verstehen, wie es für den psychischen Zustand des Kranken erforderlich und wünschenswerth ist, er muss nicht nur die somatischen Verhältnisse überhaupt am Kranken, sondern auch dessen Mienen geschickt zu beobachten verstehen — kurz, er muss die eigentliche Kunst der Krankenpflege beherrschen und nicht nur die Specialtechnik, deren alleinige Kenntniss ihn ausschliesslich zu einer handwerksmässigen, mehr maschinellen Berufsausübung befähigen würde. Die Kenntniss der verhältnissmässig wenigen sonderotechnischen Handlungskunstgriffe des betreffenden Specialzweiges der Krankenwartung tritt in der allgemeinen Krankenpflege, welche für die ärztlichen Hilfspersonen in jedem Falle erforderlich sind. Diese werden nur dann in vollem Maaße tüchtig und leistungsfähig sein, wenn sie auch als Specialpfleger überhaupt gute Krankenpfleger sind (vgl. P. Jacobsohn, Ueber Specialkrankenpflege. Berl. klin. Wochenschr. 1898. No. 28).

die Erlernung der Krankenpflege ist hier fast ausschliesslich sehr zufällige. Erst in den letzten Jahren beginnt man in den Anstalten für Geisteskranke und auch in den Heilstätten für Kranke durch geordneten Unterricht sich ein geschultes Pflegepersonal selbst heranzubilden. Ohne Zweifel eignen sich beide Kategorien Specialkrankenanstalten zur Ausbildung von Pflegepersonen im einen weniger gut als die grösseren allgemeinen Krankenhäuser, in diesen eine viel umfassendere und mannigfaltigere Gelegenheit besteht, sich sowohl in der allgemeinen Krankenpflege, als auch in verschiedenen Specialgebieten der Pflegethätigkeit practisch zu betheiligen, welcher Zweck leicht durch einen in geeigneter Reihenfolge stattfindenden Wechsel auf den verschiedenen Krankenhausabtheilungen erreicht werden kann. Immerhin ist es auch mit Rücksicht darauf, dass überhaupt zur Zeit noch an geeigneten Ausbildungsstätten für Krankenpflegepersonen ein gewisser Mangel herrscht, durchaus zu billigen, wenn seitens der grösseren Specialhospitäler die Ausbildung von gemeinem Pflegepersonal in die Hand genommen wird. Allerdings sind Specialkrankenanstalten schon durch den Umstand weniger hierzu geeignet, weil es in ihnen häufig überhaupt an der Gelegenheit fehlt, die Pflege Schwerkranker, welche für die berufliche Ausübung der Krankenpflege am wichtigsten ist, practisch eingehend kennen zu lernen. Verhältnissmässig günstig liegen die Verhältnisse noch in den öffentlichen Anstalten für Geisteskranke, in welchen eher die Gelegenheit gegeben ist, auch die Pflege und Wartung schwerkranker Personen zu üben, als etwa in den Volksheilstätten für Lungenkranke, wo ja in erster Linie für Kranke im frühesten Stadium der Erkrankung, also für Leichtkranke, bestimmt sind. Anders natürlich liegt die

wenn auch, wie gesagt, erheblich seltener als in den allgemeinen Krankenhäusern, auch schwerere accidentelle Erkrankungen und plötzlich Verschlimmerungen des Zustandes vorkommen, welche eine sehr sorgfältige und eingehende Wartung erheischen.

Sodann aber ist auch zu bedenken, dass die meisten Pflegepersonen, selbst, wenn sie sich gut für die dauernde Ausübung der Krankenwartung eignen, doch nicht für immer in den betreffenden Anstalten bleiben, sondern gewöhnlich nach Verlauf einiger Jahre die Anstalt verlassen und einen anderen Wirkungskreis aufsuchen, sei es, dass sie sich fortan der Privatkankepflege oder der Gemeindecrankenpflege zuwenden. Der Grund hierfür liegt in erster Linie in der den Körper angreifenden Schwere des dauernden Anstaltsdienstes. Ein grosser Theil der Irrenärzte, welche sich eingehender mit der Frage der Gewinnung eines besseren Pflegepersonals für die Anstalten für Geisteskranke beschäftigt haben, nimmt an, dass die Pflegepersonen in der Mehrzahl der Fälle schon nach 5—6 Jahren den Höhepunkt der Leistungsfähigkeit überschritten haben. F. Zimmer (vgl. „Krankenhaus u. Diakonie“. Deutsch Krankenpfli.-Ztg. 1898. No. 3) spricht sich über diesen bemerkenswerthen Punkt mit folgenden treffenden Worten aus: „Man braucht nur ein wenig Psychologe zu sein, um sich zu sagen, dass die Krankenpflege in einem grösseren Krankenhause auf viele Jahre nicht auszuhalten ist. Die Aerzte beginnen ihre Visite des Morgens etwa um 8 Uhr; bis dahin muss in dem Hause Alles geordnet sein, also müssen die Pflegepersonen um 5, spätestens um 6 Uhr ihre Arbeit beginnen oder wenigstens dann sich zurecht machen. Wie Sauberkeit, so ist auch Ordnung ein wesentliches Lebensbedürfniss der Krankenhäuser; es muss Alles in strengster Pünktlichkeit gehen; der Dienst ist militärisch. Aber dieses Rädergetriebe greift diejenigen, die in diesem Getriebe mitten drin stehen, denn das ist erheblich an. Wie kein Arzt lebenslang Assistenzarzt an einem solchen Krankenhause sein möchte, so hält auch der Pfleger die Thätigkeit in demselben weder körperlich noch geistig auf die Dauer aus“. Die praktische Erfahrung in den Krankenhäusern steht mit den hier citirten Worten im besten Einklange, sodass auch hiernach gefolgert werden muss, dass es nicht richtig sein würde, wenn man in den Spezialkrankenanstalten nicht darauf Bedacht nähme, die Pflegepersonen möglichst vielseitig auszubilden; denn man würde sie sonst ja für ihre ganze Zukunft auf ein nur enges Specialgebiet beschränken und dadurch ihre spätere Verwendbarkeit für die Privat- oder Gemeindecrankenpflege einengen.

Die hier niedergelegten Ausführungen über das Verhältniss der Spezialpflegepersonen zu den Krankenpflegern und Krankenpflegerinnen schliessen hin, wie sie fast ausschliesslich aus den Ausbildungsschulen der verschiedenen genossenschaftlichen Krankenpflege-Organisationen hervorgehen und insbesondere die Anschauungen über die Zweckmässigkeit einer umfassenderen und einheitlicheren Durchbildung der ärztlichen Hilfspersonen auch in den Specialanstalten, die sich an meine früheren Arbeiten an-



des Krankenhauses etc. voranzuschicken. Bezüglich der Anstalten  
steskranke tritt insbesondere K. Alt, der für die Vervollkomm-  
peciell des Irrenpflegepersonals in vielfacher Hinsicht mit ausge-  
tem Eifer und Erfolge gewirkt hat, sowie L. Scholz dafür ein,  
eben der speciellen Irrenpflege auch die allgemeine Krankenpflege  
: Ausbildung der Pfleger und Pflegerinnen zu ihrem Rechte  
und den gleichen Standpunkt nimmt bezüglich der Wochen-  
H. Walther ein, während Andere z. B. Falkenberg es nicht  
rderlich ansehen, dass in den Anstalten für Geisteskranke das  
ersonal zu wirklichen vollkommenen Krankenpflegepersonen heran-  
wird. Nach unserer Auffassung verfolgen diejenigen Kranken-  
Genossenschaften den richtigsten und aussichtsreichsten Weg,  
es sich angelegen sein lassen, durch systematisch geordnete,  
nde Schulung in allen Spezialzweigen ihre Zöglinge so all-  
wie möglich auszubilden und damit auch in vielseitiger Weise  
lbar zu machen; freilich ist dies eben bei der Ausbildung in  
rankenanstalten oftmals nicht möglich, und es liegt auch hierin  
it zu übersehender Grund dafür, dass die Angehörigen der ge-  
schaftlichen Verbände, denen meist grössere allgemeine Kranken-  
n zur Verfügung stehen, zumeist eine gründlichere Schulung auf-  
als die freien Pflegepersonen, welche gegenwärtig die Hauptmasse  
fpersonals in den Specialanstalten bilden.

#### **II. Berufsmässige und nicht-berufsmässige Krankenpflege.**

den bisherigen Auseinandersetzungen wurde ausschliesslich eine  
ung vom ärztlich - therapeutischen Standpunkt über diejenigen  
vorgeführt, welche sich auf die zweckmässige Gestaltung und

sondern auch die personelle Umgebung des Kranken dem Regime der wissenschaftlich geregelten Krankenpflege zu adaptiren, häufig zu Compromissen gezwungen sieht, welche durch Schwierigkeiten mannigfacher Art bedingt sind. Obenan unter diesen Schwierigkeiten steht, wie bereits berührt wurde, der immer noch vorhandene numerische Mangel an vollausgebildeten Pflegepersonen beiderlei Geschlechts, an dessen Ursachen hier noch etwas näher eingegangen werden muss. Trotz der umfassenden Agitation der genossenschaftlichen Organisationen durch zahlreiche Zeitungs-Aufrufe melden sich gegenwärtig doch nur verhältnissmässig wenige Personen bei den Oberleitungen, um die Vorbereitung für den Krankenpflegeberuf zu beginnen. Sowohl seitens vieler Diakonissen-Anstalten, als auch seitens mancher Roth-Kreuz-Mutterhäuser, ebenso seitens der Diakonen-Anstalten ist wiederholt darüber Klage geführt worden, dass die Bevölkerung ein auffallend geringes Kontingent an Aspiranten für die genossenschaftliche Krankenpflege liefert. Es handelt sich hierbei aber nicht etwa darum, dass sich unter den sich für den Krankenpflegeberuf Meldenden zu wenige für seine Ausübung gut geeignete Personen finden, sondern darum, dass die Zahl der sich diesem Berufe Zuwendenden überhaupt eine verhältnissmässig sehr geringe ist, eine viel geringere als man a priori nach der Bevölkerungsziffer und nach dem Vergleich mit anderen Berufsarten erwarten sollte. Zweifellos liegt es besonders nahe, diese Erscheinung aus den inneren Eigenthümlichkeiten des Krankenpflegeberufes heraus erklären zu wollen und anzunehmen, dass die Eigentümlichkeit der Bethätigung, der dauernde Verkehr mit Kranken, der häufige Anblick körperlicher wie seelischer Leiden, die Verantwortlichkeit der Stellung, die Strapazen des Pflegedienstes, die Nothwendigkeit ansehnlicher und unsauberer Arbeiten, die Gefahr einer Ansteckung auf vielen Naturen, deren Aufopferungsfähigkeit eine begrenzte ist, abschreckend einwirken. Diese Annahme hat sicherlich auch eine gewisse Berechtigung. Ungleichmässige, nervöse, leichtlebige, egoistische Personen sind wie erwähnt, direct ungeeignet und unerwünscht für den Pflegeberuf, weil sie vermöge ihrer unpassenden Charaktereigenschaften selbst im langdauernden Fachunterricht doch niemals ihre Thätigkeit in einer den ärztlichen Anforderungen hinreichend entsprechenden Weise verschreiben werden. Andererseits ist aber, wie die tägliche Erfahrung lehrt, die Zahl der ernsten, aufopfernden, ihre Aufgabe mit unerschütterlicher Treue und Hingebung, die sie alle Schwierigkeiten überwinden lässt, erfüllenden Menschen nicht gar so gross; bei den Meisten tritt vielmehr in der Gegenwart sogar in steigendem Maasse, die Neigung sich persönliche Annehmlichkeiten und Genüsse zu verschaffen, viel zu sehr den Vordergrund, als dass ihnen allein das Bewusstsein treu erfüllter Pflichten hinreichende Beglückung und Befriedigung gewähre. Bei vielen Menschen kann man als einen charakteristischen Zug feststellen, dass sie danach streben, die Summe der ihnen erreichbaren äusseren Annehmlichkeiten möglichst zu erhöhen, dagegen die an sie gestellten Ansprüche hinsichtlich anstrengender und mühevoller Arbeitsleistung

gehalten und anderen Thatigkeitsgebieten zugeführt, welche zwar als erheblichere Ansprüche in Bezug auf Pflichttreue, Verantwortlichkeit, körperliche und geistige Anstrengungen stellen, aber sich doch in den hier in erster Linie in Betracht kommenden Punkten sehr wohl von dem Pflegeberufe unterscheiden. Die Pflegerin wird am besten mit der Lehrerin verglichen, und zweifellos hat dieser Vergleich auch die Autoritativität und Verantwortlichkeit der Stellung seine Bestätigung. Andere häufig ergriffene Berufsarten erfordern wiederum solche körperliche Anstrengungen, dass auch in dieser Seite des Krankenberufes nicht der eigentliche und hauptsächlichste Grund für die geringe Lebensdauer für ihn gefunden werden kann. Man erinnere sich nur daran, dass auch viele gleichfalls vorzugsweise von weiblichen Personen vertretene Berufe mit der häufigen Zurücklegung weiter Wege, mit andauernden Stehen, mit andauernden gesundheitlich schädlichen Körperhaltungen, mit dem das Nervensystem angreifenden Bewegungen, kurz körperlich schwerer Arbeit aller Art verknüpft sind, und doch verschwindet die Gefahr über Ueberfüllung der meisten sog. Frauenberufe nicht von der Tagesordnung. Dazu erwäge man andererseits, dass der Krankenberuf heutzutage auch nicht mehr in dem Grade, wie in früheren Zeiten, eine solche Strapaze verlangt. In erster Linie kämen hierbei noch die sogenannten „Nachtwachen“ in Frage; doch gelingt es durch Anwendung der Vorsichtsmaassregeln in bezug auf hinreichende und zweckmässige Ernährung während derartiger Thätigkeit und genügende Erholung, Erholung und Ruhe nach derselben, wie überhaupt durch eine zweckmässige Einrichtung des Nachtpflegedienstes körperliche Ueberanstrengung und gesundheitliche Schädigungen der Pflegepersonen, die dieser Dienst entstammen, auszuschliessen. Auch die „gröberen Hausarbeiten“ wirken nicht als hervorragendes Abschreckungsmoment wirksam sein.

ätiologischer Factor für die geringe Aspiranz zum Krankenpflegeberuf liegt in der psychischen Einwirkung, welche er nach der Vorstellung der ihm Fernerstehenden auf die ihm Angehörenden üben muss. Viele Personen, sowohl weibliche als auch männliche, widmen sich allein schon deshalb nicht der berufsmässigen Krankenpflege, weil sie in psychischer Hinsicht den dauernden Verkehr mit kranken Menschen fürchten und nicht ertragen zu können meinen. Der Anblick Leidender ängstigt und beunruhigt sehr viele Menschen in hohem Grade, die häufigen Schmerzensäusserungen und Klagen, deren Zeugen sie am Krankenbette werden, wirken verdüsternd und verstimmend auf ihr Gemüth. Sehr viele Personen zeigen ein instinctives Widerstreben dagegen etwas Krankhaftes zu sehen und mit ihm in Berührung zu kommen; nicht etwa nur bei nervösen und leicht erregbaren, sondern selbst bei kräftigen und ganz gesunden Individuen findet man häufig eine derartige Abneigung gegenüber kranken Menschen, welche durchaus nicht immer aus Mitleid- oder Gefühllosigkeit zurückzuführen ist, sondern vielmehr, wenn man so sagen darf, in gewissen ästhetischen Empfindungen ihren Ursprung hat. Viele Menschen sind für die „Schönheit des Leidens“ weniger empfänglich und zugänglich als für die „Schönheit der Gesundheit“.

Diese instinctive Flucht vor dem Kranken ist aber keineswegs zu verwechseln mit der Furcht vor der Möglichkeit einer Ansteckung, einer Krankheitsübertragung auf den eigenen Körper, welche gleichfalls als wirksam für den Umstand in Betracht kommt, dass sich relativ so wenige Berufsaspiranten für die personelle Krankenwartung finden. Aehnliche Empfindungen bilden ja auch theilweise den Grund für das Vorurtheil, welches noch vor nicht langer Zeit in weiten Bevölkerungsschichten gegen das Aufsuchen der öffentlichen Hospitäler herrschte und erst letzthin durch den ausserordentlich erhöhten Krankencomfort, mit dem die modernen Anstalten eingerichtet werden, sowie durch die weiter vorschreitende Aufklärung umfangreicher Volkskreise in hygienischer Beziehung eingeengt wird. Andererseits darf man nicht übersehen, dass die Bestrebungen, die Bevölkerung in hygienischen Dingen mehr als früher zu unterrichten, neben ihrem ausserordentlichen Segen in prophylactischer Hinsicht doch auch leicht den einen Nachtheil haben können, dass sie die Furcht vor Ansteckung über das wünschenswerthe Maass vermehren. Es wird daher als eine sehr wichtige Aufgabe bezeichnet werden müssen, die Furcht vor Ansteckung und Krankheitsübertragung auf das geeignete Maass zu beschränken und jedenfalls zu verhüten, dass die Möglichkeit, die bereits Erkrankten hinreichend zu pflegen, in irgend einer Beziehung nothleidet. Vor allem kommt hier in Frage, dass die Gefahren der Krankheitsübermittlung bei der personellen Wartung Kranker nicht als grösser hingestellt werden, als sie es bei sorgfältiger Beobachtung der individuellen hygienischen Vorsichtsmaassregeln thatsächlich sind, damit nicht ohnehin so geringe Afflux zu dieser nützlichen und nothwendigen Thätigungsart noch mehr dadurch eingedämmt wird. Ueberdies ergibt

#### Fürsorge auf dem Gebiete der Krankenwartung.

aus den statistischen Erhebungen, welche neuerdings über die Häufigkeit intranosocomialer Ansteckung Krankenpflegepersonen angestellt worden sind (mit besonderer Rücksicht auf die Tuberkulose), dass die Infectionsgefahren bei Krankenpflegern hauptsächlich nur recht geringe sind. Es waren damals 40 im Krankenhaus Friedrichshain in Berlin von 400 (darunter solche mit 16jähriger Dienstzeit) tuberkulose nachweislich 2 die Schwindsucht schon mitgebracht; ein Fall zweifelhaft; von 339 Krankenpflegerinnen 2; waren beschäftigten 108 Victoriaschwestern, von denen im Durchschnitt 2 Jahre und 10 Monate im Krankenhause tageslang die einzige tuberkulös geworden; nach diesen Feststellungen beträgt die Infectionsgefahr ca. 1 pCt. Allerdings berechnet Cornet hierzu und in Uebereinstimmung mit einer weiteren Untersuchung v. Ziemssen's für die katholischen Ordensschwestern eine Infectionsziffer von 63 pCt.; doch führt Lazarus die Begründung des hohen Procentsatz darauf zurück, dass bei den katholischen Krankenpflege-Orden Verhältnisse mitsprechen müssen, die weder hinsichtlich der Kleidung noch der Ernährung, noch der allgemeinen Fürsorge bei den strengen Gesetzen, denen Ordensschwestern unterworfen, einen genügenden Schutz vor der Ansteckungsgefahr gewähren (vgl. Lazarus, Ueber die Krankenhausbehandlung schwerkranker Tuberkulose, Deutsche med. Wochenschr. 1899. No. 8). Eine Statistik bezüglich der Infectionskrankheiten liegt bis jetzt noch nicht vor; es ist keine Frage, dass die Ansteckungsmöglichkeit bei ihrer Pflege durch Beobachtung der prophylactischen Vorschriften auf ein Minimum herabgeführt werden kann.

Ein sehr wesentlicher Grund für den numerischen Mangel an Krankenpflegepersonen liegt in der eigenthümlichen Fremdartigkeit des Krankenpflegeberufes. Die Stellung einer Krankenpflegerin erscheint der Allgemeinheit noch vielfach als eine so eigenartige und in gesellschaftlicher Hinsicht so abgesonderte, dass zahlreiche Mädchen und Frauen sich nicht zu nähern. Nicht sowohl in den wirthschaftlichen Verhältnissen des Krankenpflegeberufes, wie vielfach gemeint wird, sondern die zweifellos gleichfalls einer geeigneten und thatkräftigen Pflege bedürfen, als vielmehr in den gesellschaftlichen Verhältnissen des Berufes liegt der Hauptgrund dafür, dass er nicht so allgemein ergriffen wird, als dies vom ärztlichen Gesichtspunkt aus zu wünschen wäre. Der Krankenpflegeberuf muss volkstümlicher werden; er soll nicht mehr wunderbar erscheinen, wenn sich ein junges Mädchen ihm zuwendet. Anstatt ihn mit einer furchterregenden Unnahbarkeit umgeben, sollte man noch in viel weitergehendem Maasse, als die Bevölkerung auf ihn aufmerksam machen und ein besseres Verstandniss für sein Wesen und seine Anforderungen zu verbreiten. Angesichts des unzureichenden Contingents an Berufs-

rinnen und in Erwägung der Thatsache, dass viele Familien auch materiell nicht in der Lage sind, den Beistand berufsmässiger Pflegepersonen Anspruch zu nehmen, ohne doch gerade so unbemittelt zu sein, um eine Gemeindepflegerin fordern zu dürfen, sollte man in grossem Umfange in der Bevölkerung die fundamentalsten Kenntnisse der personellen Krankenpflege verbreiten; durch in geeigneter Weise organisirten öffentlichen Unterricht sollte man insbesondere die weiblichen Familienangehörigen befähigen, wenigstens innerhalb der eigenen Haushaltung die pflegende Fürsorge für den erkrankten Gatten, Vater oder Bruder in einigermaassen sachgemässer Weise zu übernehmen und die Ärzte verständnisvoll zur Hand zu gehen. Eine solche „nichtberufsmässige“ Krankenpflege würde nicht nur vielfach die Krankenfürsorge innerhalb der einzelnen Familien vervollkommen und die Ergebnisse der ärztlichen Heilbestrebungen wirksam unterstützen, sondern weitere Kreise mit den Bedürfnissen kranker Menschen vertraut machen, vor Allem auch unmittelbar auf den Krankenpflegeberuf hinweisen und bei vorhandener Neigung und Anlage veranlassen, sich in grösserem Umfange ordnungsmässig zu Berufspflegepersonen ausbilden zu lassen.

---

### **3. Fürsorge auf dem Gebiete des Krankenpflege-Unterrichts.**

Von

**Dr. Paul Jacobsohn** in Berlin.

#### **1. Krankenpflege-Unterricht für Mediciner.**

Während die Bestrebungen der Aerzte, das berufsmässige Pflegepersonal durch einen besonderen systematischen Unterricht in der Krankenpflege zu vervollkommen, bis in das Ende des 18. Jahrhunderts zurückverfolgen lassen, hat man erst in den letzten Jahren die Nothwendigkeit voll erkannt, auch innerhalb des medicinischen Universitätsstudiums dem Fache der Krankenpflege besondere Aufmerksamkeit zuwenden. Die erhöhte Fürsorge, welche die moderne Klinik der wissenschaftlichen Vertiefung und Ausgestaltung der therapeutischen Massnahmen angedeihen lässt, und welche in erster Linie in dem erfolgreichen Ausbau speciell der physikalisch-diätetischen Therapie ihren Ausdruck findet, hat dazu geführt, dass auch die Bedeutung des verwandten Gebietes der Krankenpflege für die Krankenbehandlung seitens des Arztes in höherem Maasse klargestellt und gewürdigt worden ist. Dieses bis jetzt von den Aerzten wenig beachtete und daher auch über die rein praktische Handhabung nicht hinausgekommenes Gebiet in den Bereich der therapeutischen Medicin eingeschaltet zu haben, ist in erster Linie das Verdienst E. v. Leyden's und M. Mendelsohn's, welche in den letzten zehn Jahren sich erfolgreich bemüht haben, dieser therapeutischen Specialisiren in den Kreisen der Aerzte eine immer mehr fortschreitende Anerkennung zu gewinnen. Als die beiden ersten grundlegenden Arbeiten für die wissenschaftliche Krankenpflege sind zwei Abhandlungen der genannten Autoren zu bezeichnen, welche im Jahre 1890 erschienen sind; es ist dies der Vortrag v. Leyden's „Ueber Specialkrankenhäuser“ und der Aufsatz M. Mendelsohn's „Das Krankenzimmer“. In diesen Abhandlungen wird die therapeutische Bedeutung der in der Krankenpflege liegenden Heilfactoren eingehend erläutert. v. Leyden hält insbesond-

zwei Gesichtspunkte bei der Ausgestaltung der Krankenpflege für wichtig und Erfolg versprechend: die nach therapeutischen Ueberlegungen durchgeführte methodische Gestaltung der unbelebten und belebten Umgebung des Kranken, oder mit anderen Worten, die nach ärztlichen Erwägung einzurichtende Regelung und Vervollkommnung des Krankencomfö und der personellen Krankenwartung. Mendelsohn legt das Hauptgewicht darauf, dem Kranken alles das zu verschaffen, was ihm sein Zustand bequemer und behaglicher zu machen vermag und giebt zunächst in kurzer Skizzirung eine Reihe von für den Arzt werthvollen Ratschlägen aus dem Gebiete der Krankenpflege; auch fordert er die Aerzte auf sich mit den hierhin gehörigen Fragen mehr als bisher zu beschäftigen, um so eine thatkräftigere Förderung des Faches zu ermöglichen. Einen recht bedeutsamen Fortschritt für die Krankenpflege erzielte derselbe Autor durch die seit dem Jahre 1894 von ihm herausgegebene „Zeitschr. f. Krankenpflege“, welche in ärztlichen Kreisen nach und nach eine rege Unterstützung fand und alsbald zum Sammelpunkt für eine Reihe wichtiger das Fach berührender Veröffentlichungen wurde. In die Eröffnung der Zeitschrift einleitenden Worten über die „Aufgaben der Krankenpflege“ giebt Mendelsohn einen zusammenfassenden Überblick über die verschiedenen Richtungen innerhalb des neuen, wissenschaftlich zu bebauenden Faches, nach welchen die wissenschaftliche Detailarbeit vor sich gehen soll; er erklärt den erweiterten Begriff „wissenschaftlichen Krankenpflege“. Diese besteht nicht nur in Darreichung derjenigen Handleistungen und Dienste, welche der bloß lägerige und hilflose Kranke sich selber in seiner gezwungenen Situation nicht zu leisten vermag, nicht nur in der Bedienung des Kranken, der Ausführung und Erfüllung seiner Wünsche, sondern sie ist gerade „die Behandlung des Kranken während der 23¾ Stunden des Tages in welchen der Arzt nicht bei ihm ist“. „Wie der veränderte Zustand im Ablaufe der Lebensprocesse eines Individuums, welchen man ‚Krankheit‘ zu bezeichnen pflegt, während der Dauer der Krankheit unterbrochen fortbesteht und wirksam ist, so hat die Heilkunst dem entsprechend die Aufgabe, durch eine ebenso ununterbrochene Einwirkung auf die Person des Kranken die entstandenen Störungen zu beseitigen oder auszugleichen oder erträglich zu machen. Wenn es sich durchführen liesse, wäre es das Ideal, dass ein Arzt gleichzeitig immer einen Kranken übernimmt. Nun kann sich aber natürlich kaum ein solcher Luxus gönnen, und auch die Aerzte, die schon jetzt dort, wo sie es könnten, viel zu wenig selber mit Hand anlegen, würden es nicht ganz mit einer solchen Concentrirung ihrer Thätigkeit einverstanden sein. Aber um ein klares Bild von alledem zu gewinnen, was den Aufgaben der Krankenpflege gehört, ist es nützlich, sich einmal der Idee wenigstens, vorzustellen, dass der Arzt dauernd einen Kranken während einer längeren und schweren Krankheit versieht, wo er Arzt und Pfleger in einer Person sein würde. Jede Viertelstunde



anken, die Ueberzeugung von dem Interesse, das man an seiner Gen-  
g nimmt, und die Abkürzung und Erleichterung unangenehmer,  
unerlässlicher Maassnahmen“. In Uebereinstimmung hiermit ist es  
Aufgabe der wissenschaftlichen Krankenpflege die täglichen Lebens-  
ohnheiten und Lebensverrichtungen des kranken Menschen unter dem  
chtspunkt des Krankseins zu betrachten und zu regeln: Wachen und  
afen, Ruhe und Bewegung, Essen und Trinken, Alleinsein und Ge-  
keit, Nichtsthun und Zerstreuung, Gemüthsruhe und Erregung. Eine  
te Aufgabe besteht darin den gesammten Apparat, der den Kranken  
iebt und bei der Ausführung der täglichen Verrichtungen und zur  
emen Durchführung derselben in Anwendung kommt, den Bedürf-  
en des Krankseins zu adaptiren, die zweckmässige Gestaltung des  
ers, des Speisegeräthes, des Geschirrs für die natürlichen Verrich-  
en, der Einrichtungen zum Lesen und Schreiben, des Kranken-  
ners nach Anlage und Ausstattung zu erzielen. Eine dritte Aufgabe  
eht sich auf die Regelung der personellen Krankenwartung, welche  
äusseren Gründen den Arzt während seiner Abwesenheit vom Kran-  
ette vertritt, auf die Erreichung möglichster Zweckmässigkeit bei  
der Krankenwartung anvertrauten Hilfeleistungen am Kranken, auf  
Förderung der socialen Stellung und der Bildung der beruflichen  
epersonen. Im Anschluss an diese allgemeineren Ziele würde dann  
die Regelung des Hospitalwesens nach ärztlichen Gesichtspunkten  
etracht kommen, und weiterhin im speciellen Theile der wissen-  
ftlichen Krankenpflege reiht sich die Lehre von den besonderen In-  
tionen und Einrichtungen an, wie sie nach dem Entwicklungsgange  
modernen Krankenhauswesens für die Pflege bei besonderen Krank-  
n und Krankheitsgruppen sich als nothwendig herausstellen; hierhin

wissenschaftlichen Krankenpflege gewidmet und ist in Wort und That mit grosser Consequenz dafür eingetreten, diesem umfangreichen Gebiete eine gleichberechtigte Stellung mit den anderen medicinischen Specialdisciplinen zu erobern und die allgemeine Anerkennung der Krankenpflege in dem von ihm vertretenen Sinne als eines besonderen wissenschaftlichen Faches zu erreichen. Von seinen diesbezüglichen Schriften ist besonders der Vortrag „Krankenpflege und specifische Therapie“ (1895) hervorzuheben, in welchem er mit grossem Geschick die erzielten therapeutischen Leistungen, welche die wissenschaftliche Krankenpflege zu bieten vermag, denjenigen Heilbestrebungen gegenüber, welche für jede Krankheit ein specifisches Heilmittel suchen, auseinandersetzen und vertheidigte. „Gegen die Krankheit dem Kranken stets ein Mittel zu geben, vermag die Medicin nicht; aber einem einzelnen Kranken die Anpassung an seine veränderten Lebensbedingungen zu erleichtern zu ermöglichen, das kann sie wohl. Wenn jemand einen Herzfehler oder eine chronische Nierenentzündung, so kommt es nicht sowohl darauf an die Herzklappen wieder ganz zu machen oder die Veränderung im Nierengewebe zu beseitigen, sondern darauf den ganzen Organismus des Kranken so zu beeinflussen, dass trotz seiner nicht intacten Klappen und trotz seiner Nierenläsion die Functionen in ihm sich mit der größtmöglichen Annäherung an die Norm abspielen. Das schöne, und Allem einer jeden Anforderung an die medicinische Wissenschaft daraus Genüge leistende Resultat solchen Bestrebens wird dann sein, der Kranke den gleichen Lebensgenuss und die gleiche Lebensfähigkeit wenn möglich bis zum natürlichen Abschlusse des Daseins, beibehalte wie wenn seine Organe normal functionirten. Es wäre ja auch gerade absurd, von einer specifischen Heilung der Herzklappenfehler oder Nierenentzündungen zu sprechen; und die Infectionen bilden doch einen kleinen Theil aller Krankheiten. Hier erwächst der Medicin die grosse und umfassende Aufgabe der Krankenpflege. Und weil sie keine Krankheiten kennt, sondern nur Kranke, hat sie in jedem Falle immer wieder aufs Neue und immer wieder als ein neues Problem zunächst die Arbeitsleistung und die Functionsfähigkeit des betroffenen Organismus und seiner einzelnen Theile festzustellen und kennen zu lernen, um einen klaren Einblick gerade in die abweichenden Leistungen und die aussergewöhnliche Thätigkeit dieses kranken Körpers zu gewinnen. Denn jeder Mensch, gesund oder krank, ist in seinen Functionen das Product der sämmtlichen auf ihn einwirkenden Einflüsse seiner Umgebung, und krank ist er eben nur dann, wenn die ungünstigen Einflüsse bei ihm präponderiren. Der Krankenpflege erwächst daher die Pflicht, den Kranken aus seinem bisherigen Milieu herauszunehmen, dessen einzelne, einseitige Factoren sie nicht kennt, und ihn dafür in günstigen Bedingungen zu bringen, welche bis in die kleinsten Details der gesammten Lebensweise bekannt und in ihren Einwirkungen auf ihn untersuchbar sind. Die vielen Imponderabilien der Krankenpflege, bisher Gegenstand wissenschaftlicher Analyse noch nicht zugeführt, wiegen gar gewic

die Summation seiner directen bis zu erheblichen Reassurungen  
sie muss an einem so überaus reactionsfähigen Wesen alles, aus-  
los alles, was an ihm eine Einwirkung auslösen kann, in Berech-  
gezogen, geleitet und geregelt werden! So ist denn, so schliesst  
wähnte Abhandlung Mendelsohn's, die Krankenpflege nur an-  
end eine rein practische Disciplin; thatsächlich ruht sie durchaus  
wissenschaftlichem Boden" (vgl. Zeitschr. f. Krankenpfl. 1895. pag. 95).  
verständlich war in den vorstehend citirten Erörterungen zunächst  
in Programm für den weiteren wissenschaftlichen Ausbau der  
enpflege auf möglichst exacter Basis gegeben; immerhin aber war  
die Krankenpflege als eigener Specialzweig der wissenschaftlichen  
in in zweckmässiger Weise definirt worden, und die Stellung, welche  
innerhalb der therapeutischen Methoden, als Schwesterwissenschaft  
bysicalisch-diätetischen Therapie, einzunehmen hatte, gekennzeichnet.  
den Gegnern dieser Anschauungen gegenüber nachzuweisen, dass  
Krankenpflege thatsächlich eine grosse Bedeutung unter den thera-  
sch-wissenschaftlichen Methoden zuzusprechen sei, suchte Mendel-  
(1897) in seiner Abhandlung „Krankenpflege und Phthiseotherapie“  
nem Beispiel zu zeigen, welche erheblichen, ja Ausschlag gebenden  
peutischen Effecte gerade auf Rechnung einer systematischen und  
wissenschaftlichen Grundsätzen durchgeführten Krankenpflege zu  
n sind. Im folgenden Jahre veröffentlichte er in dem von Eulen-  
und Samuel herausgegebenen „Handbuche der allgemeinen  
apie“ einen Grundriss des Systems der wissenschaftlichen Kranken-  
, dessen Gliederung in einer den übrigen exacten therapeu-  
en Heilmethoden entsprechenden Weise angeordnet war und den  
nach mannigfacher Richtung unter neuen und eigenartigen Ge-  
spunkten gruppirt. Um die nunmehr auch in weiteren Kreisen an-

lichen, selbstständigen Specialfache der wissenschaftlichen Medicin. Das in dem erwähnten „Handbuche der allgemeinen Therapie“ niedergelegte System der wissenschaftlichen Krankenpflege fasst folgende Haupt-Abschnitte: 1. Aufgaben und Umfang der Krankenpflege, 2. die Heilmittel der Krankenpflege, welche in die materiellen (Krankenpflege-Geräthe, technische Vorrichtungen) und die immateriellen zerfallen, welche letzteren wiederum in so physische, hygienische und psychische Mittel eingetheilt werden, 3. Anwendungsart der Heilmittel der Krankenpflege, bei der als topographisch-dynamische Anwendungskreise (Zonen) die Körperoberfläche, Krankenbett, das Krankenzimmer, das Krankenhaus und schliesslich der Cur-Ort in Betracht gezogen werden, 4. die Wirkungsweise der Heilmittel der Krankenpflege, die exacte Feststellung zugänglicher und bedürftiger Hypurgo-Dynamik, welche sich im Einzelfalle aus einer Anzahl Theilactionen zusammensetzt und wonach sich die Heilmittel der Krankenpflege in analoger Weise wie die pharmacologischen Heilmittel Narcotica, Tonica, Excitantia, Purgantia, Expectorantia etc. eintheilen lassen, 5. die Indicationen der Heilmittel der Krankenpflege; diese ergeben sich nach Maassgabe der durch die einzelnen Mittel erzeugten Reizeffekte und sind im Allgemeinen bei jeder Erkrankung gegeben, wo die Heilmittel der Krankenpflege als Ergänzung der übrigen Heilmaassnahmen verwendet werden können; der Umfang der Indicationen erscheint bei ihrer Anwendung hauptsächlich dadurch vergrössert, da sie sowohl frei von jeder schädlichen Nebenwirkung sind als auch stetige, ununterbrochene Einwirkung ausüben können.

Mit Recht konnte der Autor des im Vorstehenden in kurzen Umrissen skizzirten Systems der wissenschaftlichen Krankenpflege sagen, dass die Krankenpflege bisher noch niemals unter ähnlichen erweiterten und wissenschaftlich vertieften Gesichtspunkten betrachtet worden und gelang es vorerst auch nur den Rahmen und die Hauptglieder für die sich anschliessende experimentelle Detailarbeit festzulegen, kann doch das Mendelsohn'sche Werk über „Hypurgie“ in mancher Beziehung als ein Markstein für die weitere Entwicklung und Bearbeitung der wissenschaftlichen Krankenpflege bezeichnet werden. Obwohl freilich die einzelnen Theilgebiete einer so umfangreichen wissenschaftlichen Disciplin zu vollkommen ausgebauten Räumen eines fertig dastehenden wissenschaftlichen Lehrgebäudes zu machen, dazu wird es einer langsam fortschreitenden, vieljährigen, mühevollen Einzelarbeit bedürfen, deren Anfänge bereits erfreuliche Ergebnisse gezeitigt haben. Auch immerhin nur ein Bruchtheil der Gesamtwissenschaft der Krankenpflege, die sich der rein exact-experimentellen Bearbeitung zugänglich erweist, während manche Theilgebiete dieses Faches zu ihrer Förderung hauptsächlich einer eingehenden Berücksichtigung der volkshygienischen, ökonomischen, socialen und statistischen Verhältnisse bedürfen werden. Um von ihm aufgestellte System für den academischen Unterricht nutzbar zu machen, erweiterte Mendelsohn vor Kurzem seine Hypurgie

kenpflege-Sammlung“ eingerichtet, welche sich für den Kranken-Unterricht als ausserordentlich nutzbringend erweist, indem sie bei ihnen eine ausgiebige Verwerthung der Anschauungsmethode erlaubt und gestattet viele Einzelanwendungen und Einzelmaassnahmen wissenschaftlichen Krankenpflege den Hörern in ihrer Ausführung unter Demonstration der diesbezüglichen technischen Hilfsmittel zu zeigen. Ursprünglich in ihrem Grundstock aus den Ueberresten der 1896er Gewerbe-Ausstellung zusammengestellten „Kranken-Baracke“ hervorgegangen, umfasste die Sammlung bei ihrer officiellen Eröffnung im Jahre 1898 bereits 910 verschiedene technische Gerätschaften des Krankencomforts, unter Miteinrechnung der Duplicate Ersatzstücke über 1000 einzelne Nummern, welcher Bestand sich schon durch eifriges Sammeln aller einschlägigen Neuheiten noch sehr vermehrt hat. Die meisten Objecte sind in Originalstücken, deren Zahl in instructiven Modellen vertreten, welche die Fabrikanten und Erfinder für den beabsichtigten Unterrichtszweck in dankenswerther Weise zur Verfügung stellten. Trotz des geringen Umfanges der zur Verfügung für die Sammlung überlassenen Räumlichkeiten war man doch in der Einrichtung bestrebt die einzelnen Stücke möglichst übersichtlich zu gruppieren, um die Demonstration zu erleichtern. Die Modelle der kleineren Krankenpflegegeräthe sind auf niederen Holzsockeln aufgestellt worden, so zwar, dass sie nicht mit diesen unlösbar verbunden, sondern nur in entsprechende Ausschnitte an deren oberen Flächen passen; von gleichartigen, allein durch ihre Construction oder das Material verschiedenen, insbesondere kleinen Geräthen trägt häufig ein Sockel mehrere Exemplare. Diejenigen Geräthe dagegen, welche eine feste, eigene Gestalt haben, in erster Linie die Gummi-Geräthe,



vertretenen Geräthe festzulegen und für den Fall nothwendig werd Erneuerung oder bezüglichlicher Nachfrage dient ein besonderes Verzeich das in einem Buche grossen Formats mit zweckmässigem Vor niedergelegt ist. Dieses Verzeichniss enthält auch für solche G stände, welche bei unzweckmässiger Behandlung verderben und nutzbar werden könnten, geeignete Vorschriften für ihre Erhaltung weist im Allgemeinen folgende Rubriken auf: 1. No. des Katalogs, 2 zeichnung des Gegenstandes, 3. Zubehör und Art der Aufstellung, 4. kunft (angegeben, hergestellt, bezogen von . . .), 5. kurze Beschre der Art der Anwendung, 6. Anweisung für die Erhaltung, 7. Bemc gen (auf den Preis, die Patentirung etc. des Objects bezüglich) (v Mendelsohn, die Krankenpfl.-Sammlg. im kgl. Charité-Krankenl S.-A. aus Charité-Annalen. 22. Jahrg.).

Abgesehen von ihrem Werthe für den Krankenpflege-Unterric diese Sammlung auch insofern von erheblicher Bedeutung für die W entwicklung und Vervollkommnung des Krankencomforts, als si wissermaassen eine Mustersammlung geeigneter technischer App und Geräthe darstellt, wie sie in solcher Vollständigkeit bisher nicht zutreffen war. Sie giebt einen systematischen Ueberblick über Stand der derzeitigen Entwicklung der Krankenpflege-Technik und den Beschauer an, die vorhandenen Erfindungen auf diesem G zweckmässig zu verbessern. Im Uebrigen enthält die Sammlung den zweckentsprechenden Objecten auch solche, welche vor dem F ärztlich-therapeutischer Begutachtung nicht Stand halten und som wissermaassen die „Verfälschungen“ der Krankenpflege-Heilmittel stellen. Jedenfalls hat ihre Einrichtung mit dazu beigetragen, Interesse speciell der Aerzte und der noch in der Ausbildung b lichen Mediciner in erhöhtem Maasse auf dieses mehr technische Ar feld hinzuweisen und den Hilfsmitteln des Krankencomforts eine gemeine erhöhte Beachtung für die Therapie zu gewinnen. Be Fabrikanten hat sich ein wohlthätiger Einfluss insofern geltend gen als die Concurrenz Gutes und immer Besseres in der Herstellu Krankenpflege-Objecte zu leisten, sich in den letzten Jahren wese gesteigert hat, welcher Umstand wiederum auf die Weiterentwick der Technik günstig einwirken muss. Letzterer Effect ist ohne Z in noch wesentlich umfangreicherem Maasse durch die grossen Kra pflege-Ausstellungen der letzten Jahre (Berlin und Frankfurt : 1899 und 1900) erreicht worden, welche, von berufenen : verständigen organisirt, auch weiteren Kreisen ein getreues Bild dem gegenwärtigen Niveau des Krankencomforts vorführen kon Insbesondere hat die Berliner Ausstellung auch der Krankenpflege-Sa lung zu einer ansehnlichen weiteren Bereicherung ihres Bestandes helfen, so dass bereits infolge der sich geltend machenden räuml Unzulänglichkeiten der Wunsch an maassgebender Stelle rege gewo ist, die stets wachsende Unterrichts-Sammlung allmählich zu e „Museum für Krankenpflege“ zu erweitern.

zu ergänzen. Wenn die wissenschaftliche Krankenpflege auch eine praktische Specialdisciplin darstellt, welche in manchen Theilgebieten durch rein theoretische Belehrung und durch Laboratoriums-Förderung und bereichert werden kann, so wird der Krankenpflege doch im Rahmen der Ausbildung der angehenden Aerzte nur in voller und durchgreifender Wirksamkeit gelangen können, wenn ihnen ausreichende Gelegenheit geboten werden wird, das theoretisch Gelernte in seiner Anwendung am Krankenbette selbst zu üben. Hin aber wird der theoretische Ueberblick über das Gesamtgebiet der wissenschaftlichen Krankenpflege, wie er jetzt schon in Berlin erreicht ist und in der Folge wohl auch durch Einrichtung ähnlicher Lehr-Anstalten an anderen Universitäten den jungen Medicinern vermittelt werden können, sich schon in der Gegenwart als eine nutzbringende Belehrung im Bildungsgange des Mediciners erweisen, und um so höherem Grade auch deshalb, weil in den theoretischen Vorlesungen über Krankenpflege zugleich ein wichtiger Theil der ärztlichen Ethik zur Vorführung gelangt, auf welchen Vortheil erst neuerdings die Hygieniker eindringlich aufmerksam gemacht hat. Auch in dieser Beziehung für die Verhältnisse der Gegenwart wichtigen Thatsache dürfte deutlicher Hinweis erblickt werden können, die Bestrebungen zur weiteren Ausgestaltung und Vervollkommnung des „Krankenpflege-Unterrichts für Mediciner“ möglichst zu unterstützen.

#### **2. Krankenpflege-Unterricht für berufsmässige Pflegepersonen.**

Die Nothwendigkeit eines geordneten Krankenpflege-Unterrichts für das Pflegepersonal.

entwickelten Stande medicinischer Erkenntniss freilich nur auf ziemlich enge Grenzen beschränkte. Die Krankenpflege hatte damals einen hauptsächlich humanitären Charakter und wurde von den Ordens-Angehörigen in selbstloser, opferwilliger Weise als ein im göttlichen Auftrage übernommenes frommes Liebeswerk geleistet. Den Kranken, insbesondere den armen Kranken sowohl in den Hospitälern als auch in den Einzelfamilien der Gemeinden, wurden nach Maassgabe der traditionell überlieferten und auch der selbstständig gemachten Erfahrungen persönliche kleine Liebesdienste erwiesen, es wurden den Unbemittelten und Bedürftigen Nahrungsmittel und Geschenke zugeführt und die Leidenden durch den Trost der Religion aufgerichtet. Die Aerzte wendeten die Thätigkeit der die Pflege der Kranken ausübenden Personen lange Zeit hindurch keine besondere Aufmerksamkeit zu, und sahen sich erst gegen Ende des 18. Jahrhunderts hierzu veranlasst, als die unzureichende Zahl brauchbarer Hilfskräfte für die Krankenpflege in den grösseren Hospitälern unhaltbare Zustände geschaffen hatte. Wohl im Zusammenhang mit dem derzeitigen allgemeinen Aufschwunge des vordem arg vernachlässigten Hospitalwesens begann bei einer Anzahl einsichtiger Aerzte der Wunsch regé zu werden, ein Pflegepersonal zu besitzen, welches unter ärztlicher Anleitung durch einen besonderen geordneten die Fortschritte der wissenschaftlichen Medicin ausreichend berücksichtigend Unterricht für die ärztliche Hilfsthätigkeit vorbereitet ist. Theils durch die unzureichende Zahl der vorhandenen geistlichen Pflegekräfte, theils durch die ungenügende Qualität der damaligen weltlichen Pflegepersonen über deren Unbildung, Rohheit und Unzuverlässigkeit in erheblicher Maasse Klage geführt wurde, auf die Nothwendigkeit der Beschaffung geeigneter Hilfspersonen für die Zwecke der Krankenwartung hingewiesen suchten Männer wie Unzer, Mai, Pfähler, Wolff, Carrère u. A. s. nächst durch Abfassung und Veröffentlichung von kleineren nach ärztlichen Bedürfnissen und Gesichtspunkten zusammengestellten Anweisungen für die Wartung von Kranken einen belehrenden Einfluss auf weitere Kreise der berufsmässigen Pflegepersonen zu gewinnen. Diese Anleitungen lassen, wenngleich sie, dem damaligen Niveau medicinischen Wissens entsprechend, noch Vieles enthalten, was vom heutigen ärztlichen Standpunkte als unzutreffend bezeichnet werden muss, doch bereits eine gewisse systematische Gliederung des für die Ausbildung der Pflegepersonen bestimmten Lehrpensums erkennen, welche als die Grundlage für die heutzutage übliche Systematik des theoretischen Krankenpflegeunterrichts angesehen werden muss. Der Erfolg und Beifall, welchen die erwähnten Schriften in ärztlichen Kreisen ernteten und der sichtliche Nutzen, welchen sie für die berufliche Vervollkommenung der Pflegepersonen hatten, wurden weiterhin die Veranlassung, dass die Begründung eigener, dauernder, ärztlich geleiteter Institute zur ordnungsmässigen Heranbildung von Pflegepersonal ins Auge gefasst wurde. In einer Anzahl grösserer deutscher Städte, insbesondere im Anschlusse an die von den Stadtgemeinden in wachsendem Umfange begründeten Kranken-



Fürsorge auf dem Gebiete des Krankenpflege-Unterrichts

so in Mainz, Mannheim, München, Bamberg, Strassburg, Wien wurden auf Betreiben der leitenden Spital- und Wärter-Institute ins Leben gerufen, an welchen ein Arzt die sich für den berufsmässigen Pflegedienst machenden männlichen und weiblichen Personen theoretisch und practisch unterwies. Preussen machte sich der Mangel an in geordneter Krankenpflege thätigen Pflegekräften fühlbar und veranlasste 1832 die Bekräftigungsschule im Anschluss an das Charitékrankenhaus in Berlin, welche als staatliche Anstalt noch heutzutage in der That einen theoretischen Unterricht wurde an dieser Anstalt während eines Monats von 2 Monaten ertheilt und leitete die Gesamtausbildung der Pflegepersonen ein; am Schlusse desselben wurde ein von der Anstalt auszufertigtes Prüfungs-Zeugniss ertheilt. An dem theoretischen Unterricht konnten Personen theilnehmen, welche weiterhin im Krankenhause thätig und daselbst dauernd die Pflege thätigkeit ausübten, aber auch solche, die, ausserhalb der Anstalt wohnend, den Unterricht nur um sich alsdann der Privatpflege in der Stadt zu widmen.

**Die Weiterführung dieser Krankenpflege machte sich um die Weiterführung dieser Krankenpflege die Dieffenbach's Schüler Gedicke, der sowohl den theoretischen Unterricht erweiterte als auch den von seinem Lehrer verfassten**

**für die Krankenwartung in umfänglicherer Form als Lehrbuch**

**Obwohl die genannten Institute in der Folgezeit segensreich und die Heranbildung besser vorgebildeter Pflegepersonen erwies, so war ihre Wirksamkeit doch nur eine beschränkte, weil sich**

**wenig Aspiranten für den Krankenpflegeberuf meldeten, der besondere gesellschaftliche Werthschätzung genoss und auch keine besondere Vergütung gewährte, eine günstigere materielle Lage zu gewinnen. Es machte sich auch der Nachtheil geltend, dass man in jener Zeit unter den sich für die Krankenpflege meldenden Personen eine scharfe Auswahl treffen und an ihren Bildungsgrad keinen Maassstab legen konnte; die Pfleger und Pflegerinnen rekrutirten sich fast ausschliesslich aus den unteren Volksschichten. In**

**den Krankenanstalten wurde nach wie vor ein Pflegepersonal verwendet, welches überhaupt keine geregelte Ausbildung genossen hatte, welches wechselte das Krankenhauspersonal ungemein häufig, weil die Personen sich in der Krankenpflege nur vorübergehend, gewissermassen nur als Nothbehelf bei sonstiger mangelnder Existenz ansehend, die Krankenpflege als dauernden Lebensberuf betrachtend, bethätigten. An einer allgemeinen Ausbildung versehenen und aus besseren Ständen hervorgehenden Pflegepersonen fehlte es fast vollkommen. Solche fanden sich nur in den geistlichen Brüder- und Schwesterschaften, wie sie durch katholischen Congregationen und die von Fliedner (1833—36) ins Leben gerufenen Diakonen- und Diakonissen-Anstalten repräsentirt**

**Obgleich gerade von Seiten der geistlichen Krankenpflege-Gesellschaften die ethischen Momente der Krankenpflege thätigkeit betont und auch in Bezug auf die Erwerbung technischer Kennt-**

nisse ärztlichen Einflüssen damals schon mehr Spielraum gegeben als in früheren Zeiten, war doch der Uebelstand nicht zu überwinden: die Zahl der vorhandenen ethisch und fachtechnisch besser ausgerüsteten Pflegekräfte eine viel zu geringe war. Einen sehr wesentlichen Fortschritt gewann der Krankenpflege-Unterricht durch die energische Wirkung der Engländerin Ms. Nightingale, welche auf der Basis eifriger Studien im Auslande, darunter auch in Deutschland bei Fliedner in Krefeld, die Ausbildung der Pflegepersonen auf ein erheblich höheres Niveau erhob. Sie machte es sich zur Aufgabe dem Mangel an höherer Allgemeinbildung versehenen Pflegekräften, in erster Linie Mädchen, in grösserem Umfange abzuheben und bemühte sich mit ihnen Mädchen und Frauen für den Krankenpflegeberuf zu gewinnen, aus den besseren Volkskreisen entstammten und in einer guten elterlichen Erziehung und Schulbildung mehr Garantien für die ethische Befähigung zu dem schwierigen Berufe darboten, als die Pflegepersonen in Stiles. Gleichzeitig erkannte sie, dass auch die fachlich-technische Ausbildung nach mancher Richtung hin noch einer Vervollkommenung bedürfte. Während man bis zu ihrem Eingreifen das Hauptgewicht bei der Heranbildung von Krankenpflegepersonal auf die theoretische Unterweisung gelegt hatte, und die practische Ausbildung am Krankenbette selbst weder gar nicht oder nur in beschränkterem Maasse zur Geltung gekommen war, legte sie den Hauptnachdruck auf die practische Ausbildung und Bethätigung am Krankenbette und wies überzeugend hin, dass man bei Einführung eines längeren, systematisch gegliederten theoretischen und ganz besonders practischen Fachunterrichtes in besonderen Pflegerinnenschule, deren Schülerinnen mehrere Jahre hindurch nach bestimmtem Plane für den Pflegeberuf vorgebildet werden, eine erheblich höhere Leistungsfähigkeit der Krankenpflegepersonen erreichen könne. Ein weltliches Pflegepersonal zuerst geschaffen zu haben, was sowohl an ethischer als technischer Qualität wie auch an gesellschaftlicher Werthschätzung den Angehörigen der geistlichen Verbände nachstand, ist unstreitig ihr ausserordentliches Verdienst; auf Schultern stehen alle späteren Bestrebungen den Krankenpflege-Unterricht und das weltliche Krankenpflegewesen überhaupt zu verbessern und zu vervollkommen. Florence Nightingale hat nicht nur die Theorie der Krankenpflege günstig beeinflusst und gehoben (vgl. ihre bekannten Schriften „Notes on nursing“, „Hints on hospitals“ u. a.), sondern auch auf ihre Veranlassung in London ins Leben gerufene Anstalt zur Ausbildung von Krankenpflegerinnen, die sog. Nightingale-School, verbunden mit dem St.-Thomas-Hospital, einem der grössten und renommiertesten Krankenhäuser Londons, in Verbindung gesetzt wurde für die späteren Einrichtungen von Krankenpflegeschulen gewissermassen vorbildlich geworden. Die erfreuliche Folgewirkung der erreichten Vervollkommenung in der Ausbildung von planmässig geschultem Pflegepersonal machte sich nicht nur in England, sondern auch in anderen Ländern, besonders auch in Deutschland, geltend.

upflege-Unterricht für das berufliche Pflegepersonal gefördert die  
innenschule des Victoriahauses für Krankenpflege in Berlin, die  
innenschule des Augustahospitals in Berlin und die von den  
den Vereinen vom rothen Kreuz begründeten Krankenpflege-An-  
welche Institute sich in den letzten Jahrzehnten zu ausserordent-  
Blüthe entwickelt haben. Durch die erfolgreiche Wirksamkeit  
Krankenpflege-Anstalten, welche sich sämmtlich gleich bei ihrer  
dung des dauernden engen Anschlusses an geeignete Krankenhäuser,  
en nach ordnungsmässigem Plane die practische Ausbildung der  
innen am Krankenbette vor sich gehen konnte, versicherten und  
zugleich auch tüchtige ärztliche Lehrkräfte für den fachwissen-  
chen Theil des Unterrichts gewannen, wurde der Krankenpflege-  
in Deutschland in seinem äusseren Ansehen erheblich gefördert,  
im Gegensatze zu früheren Zeiten sich nunmehr auch Angehörige  
r Volkskreise in grösserer Anzahl bereit fanden, sich der aus-  
n Krankenpflege berufsmässig zuzuwenden und in den genannten  
en sich durch geordneten Unterricht heranbilden zu lassen. Ebenso  
England traten nun auch in Deutschland Mädchen und Frauen  
en höheren Ständen, welche ihre natürliche Begabung für die  
mpflegethätigkeit prädisponirte, in die weltlichen Schwesternverbände  
eleche sich auch von ärztlicher Seite in der Folge dasselbe Ansehen  
ertrauen zu erringen vermochten, das vordem nur den Mitgliedern  
istlichen Krankenpflege-Genossenschaften entgegengebracht wurde.  
ne Schulsystem für berufsmässige Krankenpflegepersonen mit seiner  
ren Betonung der geordneten practischen Ausbildung am Kranken-  
seiner Erweiterung des Lehrpensums und seiner erheblichen Ver-  
ung der Lehrzeit für die Auszubildenden übte sogar wiederum einen  
blenden Einfluss auf die aus früheren Zeiten überkommenen Kran-

dauernden engen Connex auch der fertig geschulten Mitglieder untereinander und mit der Ausbildungsstätte zur Perception kommt. Und selbst diejenigen Krankenpflege-Schulen, welche sich aus älterer Zeit im Anschluss an einige grosse allgemeine Krankenhäuser zum Zwecke der Ausbildung von „Wärtern“ und „Wärterinnen“ erhalten und daher von dem Einflusse der genossenschaftlichen Organisationen unabhängig entwickelt hatten, wurden nunmehr veranlasst den reformatorischen Bestrebungen auf dem Gebiete des Krankenpflege-Unterrichts Rechnung zu tragen, den Umfang des Unterrichtspensums zu erweitern und die Lehrzeit zu verlängern. Die immer allgemeineren Boden findende Anschauung, dass weibliche Pflegekräfte als die vorzüglichsten zu betrachten seien, brachte es mit sich, dass fast die gesammten neueren Bestrebungen zur Weiterentwicklung des Krankenpflege-Unterrichts sich auf die geordnete Heranbildung berufsmässiger Krankenpflegerinnen concentrirte während die Förderung des Unterrichts für männliche Pflegepersonen ganz in den Hintergrund gedrängt wurde; die Ausbildung männlicher Pflegekräfte beschränkte sich allein auf die Zöglinge der barmherzigen Bruder-Orden und der Diakonen-Anstalten sowie auf die in den Wärterschulen unterrichteten Personen. Bei allen Erfolgen aber, welche die modernen Pflegerinnen-Schulen erzielt haben, und bei allen Vervollkommenungen, welche der Krankenpflege-Unterricht im Bereiche dieser Institute erfahren hat, muss doch an der Thatsache festgehalten werden, dass die männlichen Krankenpflegepersonen aus wissenschaftlichen Gründen keineswegs gänzlich entbehrt werden können, wie dies oben näher auseinandergesetzt wurde, und in dieser Thatsache liegt nicht nur die Berechtigung sondern auch die nothwendige Aufgabe begründet auch für das Vorhandensein solcher Lehrstätten in ausreichendem Maasse Sorge zu tragen in denen auch die Heranbildung männlicher Pflegepersonen berücksichtigt wird. Es erscheint daher geboten darauf hinzuweisen, dass auch die sog. Krankenwärterschulen sehr wohl im Stande sind ein den modernen Anforderungen entsprechendes Pflegepersonal zu erziehen, wofür sie in genügender Anzahl vorhanden sind und über Lehrkräfte verfügen, welche den Fortschritten der neueren Krankenpflegetechnik aufmerksamer gefolgt sind. Die bedeutendste Unterrichts-Anstalt für „freie, nicht genossenschaftliche“ Pflegepersonen, welche Deutschland besitzt, ist die bereits erwähnte königl. Krankenwärterschule im Charité-Krankenhaus zu Berlin, welches Institut sowohl männliche als weibliche Pflegekräfte ausbildet und sich trotz des Anwachsens genossenschaftlicher Ausbildungsstätten bis auf unsere Tage leistungsfähig erhalten hat. Naturgemäß hat sich auch an dieser Anstalt, welche ihre ursprüngliche Organisation in mancher Beziehung gewahrt hat, der Umfang des Unterrichts für männlich bedeutend erweitert und ihre Lehrer Gedicke, Rave, Riebel, Salzwedel haben sich eifrig bemüht den Schülern und Schülerinnen des Instituts, welchen für die practische Ausbildung das grösste allgemeine deutsche Krankenhaus zur Verfügung steht, durch Wort und Schrift die medicinisch-technischen Errungenschaften auf dem Gebiete

zialer Irrenanstalten nicht-genossenschaftliches männliches und  
ches Pflegepersonal aus und ertheilen ihm einen allerdings vor-  
eise die Irrenpflege berücksichtigenden geordneten theoretischen  
ractischen Unterricht, der in den Händen erfahrener Aerzte liegt.  
die genossenschaftliche Krankenpflege, wie sie durch die aus den  
dungsanstalten der geistlichen und weltlichen Organisationen her-  
enden Pflegerinnen dargestellt wird, gegenwärtig noch auf einem  
schnittlich höheren Niveau der Leistungsfähigkeit und in grösserem  
en sich befindet, verdankt sie hauptsächlich dem Umstande, dass  
en Verbänden sich darbietende Schülerinnen-Material sich im All-  
en aus gebildeteren Elementen zusammensetzt als das Schüler-  
chülerinnen-Material, welches sich dem Krankenpflege-Unterricht  
Krankenwarschulen und in denjenigen Krankenanstalten dar-  
welche kein Genossenschaftspersonal anstellen. Es sind jedoch  
letzten Jahren sehr bemerkenswerthe, erfolgreiche Bestrebungen  
ärztlicher Seite zu verzeichnen, welche bezwecken durch geeignete  
nahmen auch die Leistungsfähigkeit und das berufliche Ansehen  
icht-genossenschaftlichen Pflegekräfte zu heben und auch den ausser-  
ler genossenschaftlichen Verbände stehenden Pflegepersonen in er-  
n Maasse Gelegenheit zu bieten sich gute Fachkenntnisse in syste-  
ch geordnetem Unterricht anzueignen, gleichzeitig aber durch  
erziehung an der Förderung ihrer allgemeinen Bildung und ihres  
indnisses für die höheren Aufgaben des Krankenpflegeberufes mitzu-  
n. Somit dürfte in nicht zu ferner Zeit der vom ärztlichen Stand-  
ausserordentlich wünschenswerthe Zustand eintreten, dass das ge-  
te Krankenpflegepersonal, dessen sich der Arzt sowohl in der  
ital- als Privatpflege zu seiner Unterstützung bedient, im ganzen  
ein einigermaassen gleichmässiges Niveau der ethischen wie tech-

zwar nicht nur bei den weltlichen, sondern auch bei den geistlichen Krankenpflege-Organisationen. Gerade in diesem Umstande dürfte sehr erfreulicher Fortschritt zu erblicken sein, da in ihm die bestwähr dafür zu erblicken ist, dass alle Neuerungen auf dem Gebiete technisch-wissenschaftlichen Krankenpflege, deren thatkräftige Förderung sich die Aerzte heutzutage mehr angelegen sein lassen als in früheren Zeiten, den Krankenpflegepersonen beim Unterricht in ausgiebiger umfassender Weise vorgeführt werden und somit in der That e der Höhe der Zeit stehendes Hilfspersonal herangebildet wird. fernerer grosser Fortschritt für den Krankenpflege-Unterricht ist zu finden, dass die Art der Ausbildung für die verschiedenen geistlichen und weltlichen, confessionellen und interconfessionellen, für die männlichen und weiblichen Pflege-Contingente nunmehr eine einheitlicher gleichmässiger sein kann, nachdem die wesentlichsten Fragen, die auf die Gestaltung des Krankenpflege-Unterrichts beziehen, eingehend von sachverständiger Seite discutirt und einer befriedigenden Lösung nahegebracht worden sind. Sowohl hinsichtlich der Nothwendigkeit eines planmässig geordneten Krankenpflege-Unterrichts überhaupt auch der Abgrenzung des Lehrpensums für den theoretischen und den practischen Theil desselben, hinsichtlich der ärztlichen Mitwirkung an der Ausbildung, der Methodik des Unterrichts, der Dauer desselben, der Fortbildung der fertig geschulten Kräfte herrscht bereits eine weitgehende Uebereinstimmung, welche auf die weitere Entwicklung der Krankenpflege für das Wohl der Bevölkerung so ausserordentlich wichtigen Krankenpflegewesens zweifellos sehr förderlich einwirken wird.

#### b) Der Umfang des Lehrpensums.

Nächst der Stabilirung der Erkenntniss, dass eine geeignete Ausbildung berufsmässiger Krankenpflegehätigkeit nur möglich ist bei solchen Personen, welche einen geordneten, systematisch-geordneten und dem wissenschaftlichen Niveau der Krankenpflege entsprechenden Fachunterricht genossen haben, macht sich als wichtigste praktische Frage für den Krankenpflege-Unterricht eine Untersuchung darüber, wofür, welche Gesichtspunkte für die Umgrenzung des fachlichen Unterrichts als die zutreffenden hingestellt werden können. Der Fachunterricht verfolgt den Zweck die Pflegeschüler resp. Pflegeschülerinnen zu brauchbaren und tüchtigen Gehilfen des Arztes zu machen und sie zu bringen, dass sie die Krankenpflegehätigkeit, sowohl, soweit sie als eine directe manuelle Handreichung für den am Krankenbett weilenden Arzt als auch als eine die Krankenbehandlung ergänzende Fürsorge für den Kranken in Abwesenheit des Arztes darstellt, in der erhöhten Anforderungen der Gegenwart entsprechenden Weise üben können. Dieses Ziel lässt sich nur durch die Verbindung reichender theoretischer Belehrung mit systematischem Lehrgang ausreichend langer practischer Bethätigung am Krankenbette erreichen.

Was zunächst den theoretischen Theil des Krankenpflege-Unterrichts anlangt, so hat er die Aufgabe, das theoretische Fach der Schüler und Schülerinnen auf eine geeignete Stufe zu erheben.

Bei der erhöhten Werthschätzung, welche in letzter Zeit einer gründlichen practischen Durchbildung der Pflegepersonen am Krankenbette zu Theil geworden ist, könnte es scheinen, dass der sorgfältig theoretischen Unterweisung der Krankenpflegepersonen eine geringere Bedeutung beizumessen ist; es könnte sogar angenommen werden, dass die längere practische Thätigkeit ein besonderer theoretischer Unterricht vollkommen entbehrt werden könnte. Aber eine derartige Meinung könnte sicherlich nicht als richtig bezeichnet werden; denn der theoretische Unterricht ist in mannigfacher Hinsicht von grosser Wichtigkeit und bedarf einer gerechten Würdigung. So wenig es gewürdigt wurde, um ein wirklich berufstüchtiges Krankenpflegepersonal, den Anforderungen gewachsen ist, heranzubilden, wenn man sich auf das Halten noch so eingehender theoretischer Vorträge und Lehrgänge beschränken wollte, so wenig darf es den Anschein gewinnen, als ob der theoretische Unterricht in den modernen Kranken-Schulen nur als etwas Nebensächliches, Unwesentliches, vielleicht überflüssiges zu betrachten sei. Vielmehr muss auch hier, wie im übrigen überhaupt und insbesondere im Unterrichtswesen, Theorie und Praxis neben einander zur Geltung kommen und sich mit einander verknüpfen, um eine möglichst hohe Stufe der Fähigkeiten zu erreichen. Gerade in den Krankenpflege-Schulen, welche doch ausnahmslos zu den Krankenanstalten in enger Beziehung stehen, lässt sich das Hand-Gehen der theoretischen und practischen Schulung ohne besondere Schwierigkeiten erzielen.

Anerkennung der Thatsache, dass die Qualität der personellen Krankenpflege von sehr wesentlichem Einfluss auf die Erfolge der Krankenbehandlung ist, betrachtet man es als äusserst bedauerlich, dass den ausübenden Krankenpflegern und Krankenpflegerinnen ein möglichst hoher Grad technischer Schulung und technischer Berufsauffassung innewohne. Mit vollem Rechte hält man daher sowohl das Vorhandensein tüchtiger Fachkenntnisse und technischer Berufserfahrungen, als auch eine erheblichere Würdigung technischer Berufsinteressen für die nothwendige Vorbedingung der zweckentsprechenden Ausübung des Krankendienstes. Aber man muss sich dabei bewusst sein, dass diese Vorbedingungen schwierig zu verwirklichen sind, und dass es daher stets einer ziemlich langen und sorgfältigen Vorbereitung für den zukünftigen Beruf bei denjenigen Personen bedarf, welche beabsichtigen sich dauernd der Wartung körperlich und geistig hilfsbedürftiger Menschen zu widmen. Diese Vorbereitung muss zweifach nach doppelter Richtung hin vor sich gehen; sie zerfällt in technische und die moralische Erziehung der angehenden Krankenpfleger und Krankenpflegerinnen. Der Krankenpflegeberuf nimmt hierin zweifellos eine singuläre Sonderstellung ein; eine derartige auf ein

zwiefaches Ziel gerichtete Berufserziehung ist vielmehr überhaupt alle solche Berufsarten erforderlich, welche eine höhere persönliche antwortung in sich schliessen und ihre Angehörigen auf eine bei gesellschaftliche Achtung Anspruch erheben lassen als auf ein Anrecht das den vermehrten und erschwerten Berufspflichten entspringt und Waage hält. Wenn verlangt wird, dass man jedem Mitgliede eines bestimmten Berufes oder Standes von vornherein einen sehr hohen persönlichen Vertrauens entgegenbringe, wie es ja stets der Fall ist ein Kranker unter die Obhut der Pflegeperson gestellt wird, nur dem einzigen Grunde, weil diese Person berufsmässig die Kranken pflegt, so ist es auch nothwendig, dass durch eine geeignete Habung der Vorbildung für den Beruf im weitesten Umfange die Gefäh für geschaffen wird, dass die betreffende Person die moralischen die technischen Eigenschaften auch wirklich besitzt, deren Vorhande allein sie des erforderlichen Vertrauens würdig machen kann. Besonders naheliegend ist auch hier der Vergleich mit dem ärztlichen Berufe. würde keineswegs genügen, wollte man sich darauf beschränken, zukünftigen Ärzte nur das erforderliche Maass fachwissenschaftl und fachtechnischer Kenntnisse auf den Lebensweg mitzugeben, viel ist es von ausserordentlicher Wichtigkeit, dass der angehende Arzt gleichem Maasse auch über die Berufs- und Standespflichten belehrt welche er später zu erfüllen hat. Ein solcher Unterricht in der „Pflicht lehre“ (Deontologie) des Berufes muss ziemlich frühzeitig stattfinden nachdem der Eintritt in die Lehrzeit erfolgt ist, also, um bei dem hiezu gezogenen Vergleiche zu bleiben, für die Medicinstudirenden an einem nicht zu späten Zeitpunkte ihrer Universitätsjahre. Durch berufseth Vorlesungen lässt es sich ermöglichen, dass dem Lernenden gleich der Schwelle der zu betretenden Bahn geeignete und richtige Anschauungen in Bezug auf den erwählten Beruf vermittelt werden. Es leuchtet ein, dass ein frühzeitiger Hinweis auf die Berufspflichten und eine eingehende Darlegung derselben in mehrfacher Hinsicht sehr günstig wirken muss. Erstens trägt er dazu bei, die Berufsauffassung von vornherein idealer, vollkommener, weitblickender zu gestalten. Ernst des in Frage kommenden Berufes wird frühzeitig vor die Augen geführt und damit zugleich vielfach auch der Eifer in Aneignung des nothwendigen Wissens und rein technischen Könnens erhöht. So aber kann es auch nicht ausbleiben, dass eine im Beginne der beruflichen Schulung vorgenommene Unterweisung in den Verpflichtungen ethischen Charakters, welche der Zugehörigkeit zu dem betreffenden Berufe entspringen, eine directe Veranlassung bietet, dass die Personen, welche zur Uebernahme dieser gesammten Pflichten und Verantwortlichkeiten nicht geneigt, d. h. zur Ausübung der Berufsthätigkeit ungeeignet sind, bald wieder den aus ungenügender Bekanntschaft mit seinem eigentlichen Wesen erwählten Beruf aufgeben. Somit ergeben sich jedenfalls zwei greifbare Vortheile



s wird die Vorbildung und damit die Leistungsfähigkeit der zur Ausübung gelangenden Personen wesentlich verbessert, es werden weniger taugliche Personen dem Berufe ferngehalten.

Umstände aber können nur dazu dienen, den ganzen Stand zu

Die vorstehenden Ausführungen haben ihre volle Bedeutung für den Krankenpflegeberuf, welcher durch eine besonders grosse Last schwer zu erfüllender Pflichten und Verantwortlichkeiten, wie es weiter oben eingehender geschildert haben, ausgezeichnet ist. Für den Krankenpflege-Unterricht für berufsmässige Pflegepersonen daher schon im Beginne der gesamten fachlichen Vorbildung eine fundierte theoretische Belehrung über die besonderen Berufspflichten zu werden. Eine dieses Gebiet der Krankenpflege-Ethik betreffende Belehrung wird mit Nothwendigkeit den ersten Theil des theoretischen Krankenpflege-Unterrichts bilden müssen, auf welche unter keinen Umständen Verzicht geleistet werden kann. Es wurde bereits berührt,

das Vorhandensein einer gewissen, nicht eben häufigen, natürlichen Eignung für den Krankenpflegeberuf von zweifellos grösserer Bedeutung für die Eignung zur Ausübung desselben ist, als die Stufe der „reinen Bildung“ in dem Sinne, wie dieser Ausdruck oft gebraucht wird und dass sich durch eine geordnete und gründliche Fachschulung im Krankenpflege zwar Vieles, aber doch nicht Alles erlernen lässt, der Pflegeberuf den künstlerischen Berufsarten, wie dem Berufe des Malers oder Bildhauers, ähnelt. Gerade für solche Personen nun,

nicht von vornherein für den Krankenpflegeberuf „wie geschaffen“ aber doch den guten Willen und den nöthigen Eifer mitbringen, das Tüchtige zu lernen, ist der gleich beim Eintritt in die Lehrtheilte theoretische Unterricht von grossem Werth und von nachhaltigem Einfluss; derselbe vermag auf die gesamte Gedankenrichtung und Lebensanschauung der Pflegeschüler und Pflegeschülerinnen bedeutend einzuwirken und sie für den neuen Beruf mit allen seinen Anstrengungen und Leiden zweckmässig vorzubereiten. Wird bei dem theoretischen

Unterricht genügende Rücksicht auf die ausführliche und ins Einzelne gehende Darlegung der gesamten Pflichtenlehre des Krankenpflegeberufes genommen, so wird die hierdurch erzielte ethische Erziehung für den speciellen Beruf sich um Vieles wirksamer für die Gestaltung der Berufsauffassung erweisen als die in den Jugendjahren erworbene allgemeine Schulbildung. Allerdings ist es erforderlich, dass für diese erste Belehrung eine entsprechende Zeit aufgewendet wird. Sie darf nicht mit wenigen, den theoretischen Unterricht einleitenden Bemerkungen, sondern mit einem einzigen Vortrage abgethan werden, sondern die zahlreichen gebenden allgemeinen Gesichtspunkte und Berufsfragen ethischer Natur müssen in einer besonderen Reihe von Vorträgen für sich eingehend behandelt und abgehandelt werden. Es genügt nicht, nur kurz die für Krankenpflegepersonen nothwendigen Charaktereigenschaften aufzuzeigen und daran anknüpfend einige gute Lehren zu geben, sondern es

ist nothwendig, die Beziehungen der Krankenpflegepersonen zur Aussenwelt, zu den Berufsgenossen, zu den Vorgesetzten (Ärzte, Oberin, etc.), zu dem sonstigen Krankenhauspersonal, zu den Angehörigen des Kranken etc., insbesondere aber die Beziehungen zu dem Kranken selbst, die in der Krankenpflege gegenwärtig bestehenden Verantwortlichkeiten, sowie die allgemeinen Grundsätze über den Umgang mit kranken Menschen ausführlich im Zusammenhang darzustellen. Dem Einwande gegenüber, ob es nicht zweckmässiger sei, wenn die Kunst des Umganges mit Kranken allmählich aus der Praxis heraus erlernt würde und ob die alleinige Erziehung durch praktische Erfahrung in der Berufsausübung nicht ausreichen könne, ist zu bemerken, dass es einmal doch wohl richtiger ist, Jemandem, den man für einen besonders verantwortungsvollen Beruf ausbilden will, gleich von Anfang an den richtigen Weg zu weisen, als ihn erst durch zahlreiche Verfehlungen auf Kosten der Kranken klug werden zu lassen; sodann aber gewinnt auch die Darstellung gerade des Gebietes der Krankenpflege-Ethik sehr an Eindrucksfähigkeit und geht viel eher zum Verständniss, wenn sie im Zusammenhange und in systematischer Ordnung vorgetragen wird. Jemandem, dem Gelegenheit geboten wird, schneller Folge den ganzen Bereich seines Berufes mit allen seinen Anforderungen in ethischer, physischer, intellectueller und technischer Hinsicht zu überblicken, wird die richtige Vorstellung und Auffassung seiner Aufgaben wesentlich erleichtert. In dieser Thatsache liegt die Hauptbedeutung des theoretischen Krankenpflege-Unterrichts überhaupt (vgl. P. Jacobsohn, Ueber den theoretischen Unterricht in Krankenpflege-Schulen. Deutsche Krankenpfl.-Ztg. 1898. pag. 6).

Der zweite Theil des theoretischen Krankenpflege-Unterrichts umfasst die Belehrung über die grundlegendsten Thatsachen aus den Gebieten der medicinisch-naturwissenschaftlichen Hilfsfächer, die die Aneignung als Vorbedingung für ein richtiges Verständniss und die geeignete Handhabung der weiterhin zu erlernenden, für die Ausübung des Krankenpflegeberufes erforderlichen technischen Fertigkeiten zusehen ist. Dieser Theil des theoretischen Unterrichts muss gleichfalls in der allerersten Zeit der Fachschulung stattfinden, da eine irgendwie erspriessliche praktische Bethätigung am Krankenbette nicht denken lässt ohne das Vorhandensein der hier dargebotenen elementaren Vorkenntnisse. Wie Jemand, der es unternimmt, kranken Menschen ärztlich zu behandeln, ohne sich zuvor durch Erledigung eines geregelten medicinischen Bildungsganges die erforderlichen wissenschaftlichen Vorkenntnisse und Grundanschauungen angeeignet zu haben, so ein des allgemeinen Vertrauens unwerther Stümper und Kurpfuscher bleiben wird, so wird auch ein Krankenpfleger oder eine Krankenpflegerin, die ihr zufallenden Aufgaben nur in sehr unvollkommener und wenig zufriedenstellender Weise erfüllen können, wenn die für die Krankenpflege wichtigsten Kenntnisse aus der Anatomie und Physiologie, sowie die Unterweisung in den Grundzügen der Krankenbeobachtung und allgemeinen Symptomatologie fehlen. Leider hat man noch immer mit der Thatsache

an bisweilen noch der unzutreffenden Ansicht begegnet, dass natur-  
schaftliche Kenntnisse kein nothwendiger Bestandtheil der allge-  
meinen Bildung seien. Ist es aber schon sehr zu beklagen, insbesondere  
vom ärztlichen und hygienischen Standpunkte, wenn die Jugend  
schon, ohne mit den für die Erhaltung der Gesundheit nothwen-  
digen Vorkenntnissen in der Anatomie, Physiologie und Hygiene ausge-  
stattet zu werden, so ist für diejenigen Personen, welche durch ihren  
Beruf in die Lage versetzt werden, dauernd zu kranken  
Menschen in Beziehung zu treten, eine elementare medicinisch-natur-  
schaftliche Vorbildung ein unabweisbares Bedürfniss und in keiner  
Weise zu umgehen. Eine diesbezügliche Unterweisung gehört demnach zu  
den notwendigen Aufgaben des theoretischen Unterrichts in allen Kranken-  
schulen. Aber es erscheint andererseits geboten zu betonen, dass,  
obwohl ein derartiger elementarer wissenschaftlicher Unterricht in  
Anatomie, Physiologie, allgemeinen Symptomatologie etc. für die an-  
zukünftigen Krankenpflegepersonen ist, es doch als unrichtig bezeichnet  
werden müsste, wollte man sich bei der Unterweisung in diesen Hilfs-  
wissenschaften nicht auf die Vorführung der wirklich fundamentalen Thatsachen  
beschränken, es zu einer gedeihlichen Ausübung der personellen Krankenwartung  
erforderlichen beschränken, sondern einen besonderen Ehrgeiz  
suchen, vor den Schülern und Schülerinnen eine möglichst grosse  
Menge medicinischer Weisheit auszukramen und ihnen eine Fülle ver-  
derblich halb verstandener und für die erfolgreiche Bethätigung im  
Krankenpflegeberuf überflüssiger medicinischer Brocken einzudrillen, bloß  
um nach dem hohen Wissensstandpunkt der Schüler glänzen zu  
können. Die mannigfachen erheblichen Nachtheile einer das Ziel über-  
steigenden Ueberausbildung der Krankenpflegepersonen in medicinischen  
Wissenschaften werden sich bald deutlich zeigen. Eine Krankenpflegeperson, welche

Lebenszweck zu suchen, denn sonst könnte es sich leicht ereignen, er sein Lebtage weder ein guter Arzt noch ein guter Krankenpfleger werden wird. Eine Ueberlastung der Lehrpfleger und Lehrpflegerinnen mit dem Ballast eines medicinischen Halbwissens würde sie unklar verwirren und von dem für sie wirklich Wichtigen und Nothwendigen ablenken; ferner aber ist auch der Schaden zu bedenken, welcher Kranken selbst durch unzweckmässige Maassnahmen, die einem unzureichenden Sachverständniss seitens des seinen Verantwortungsbeitrag überschreitenden Pflegepersonals entspringen, zugefügt werden kann. schliesslich giebt es gerade auf medicinischem Gebiete bereits Pfuscher und Stümper aller Art genug. Wie wichtig es indessen ist, dass Krankenpflegepersonen eine zutreffende Vorstellung von dem Aufbau des Körpers und dem Ablauf der hauptsächlichsten Lebensfunctionen bei gesunden Menschen gewinnen, zeigt folgendes Beispiel. Es ist eine fallende, aber durch reichliche Erfahrung bekräftigte Thatsache, ausserordentlich viele Menschen — auch in den Kreisen „gebildeter Damen“ findet man solche nicht selten — sich in ihrem Leben nie die Mühe genommen haben, sich über Begriffe wie „Hals, Kehle, Schlund, Rachen“ klar zu werden, welche Worte häufig in völlig gleichbedeutendem Sinne angewendet werden. Der Hals erscheint diesen Unkundigen vielfach als ein mehr oder weniger weites Rohr, durch welches Flüssigkeiten, Speisen, bunt durch einander dem Körper einverleibt werden. Von den so wichtigen Beziehungen der Luftröhre und Speiseröhre zu einander und von deren anatomischer Lage finden oft kaum die Spuren einer richtigen Vorstellung. Und wie unerlässlich und nothwendig ist eine zutreffende Anschauung über die diesbezüglichen topographisch-anatomischen Verhältnisse für die Krankenpflegepersonen z. B. bei der Ernährung schwerkranker und benommener Personen bei den Anforderungen einer Narcose! Beim Unterricht in der Anatomie wird es sich daher hauptsächlich darum handeln, zunächst ein Bild von dem gröberen Aufbau des Körpers nach seinen äusseren Formen zu geben und dann eine Beschreibung der einzelnen Körperhöhlen und ihres Inhaltes anzuschliessen. Schliesslich bilden verschiedene Organsysteme, im Zusammenhange nach der physiologischen Bedeutung betrachtet, einen Gegenstand des Unterrichts an den sich die fundamentale physiologische Belehrung ungezwungen anschliesst. Das Pflegepersonal soll im Stande sein, mit Genauigkeit die Stelle zu bezeichnen, wo z. B. der Magen, die Nieren oder die Blase liegt; über das Verhältniss der Luftröhre zur Lunge, über Harnsecretion und Aehnliches müssen klare Anschauungen vermittelt werden. Richtige Vorstellungen vom Knochenbau des Körpers, von der Verbindung der Knochen mit einander, den Beziehungen zu Muskeln und Gelenken sind gerade für die Krankenpflege sehr wesentlich z. B. bei Knochenbrüchen und Verrenkungen, wo dem Kranken Schmerzen erspart werden können, wenn der erste Verband der Transport des Verletzten von sachkundiger Hand ausgeführt

Da die ersten Krankheitssymptome, deren rechtzeitige Wahrnehmung Aufgabe des Pflegepersonals ist, das den Arzt aufmerksam macht, meist in Schmerzen bestehen und es wesentlich ist, den Sitz dieser Schmerzen genau zu lokalisieren, so ist es von erheblichem Vortheil für den Kranken, wenn das Pflegepersonal einigermaassen mit der Lage der einzelnen Organe vertraut ist. Hierzu bedarf es eines mau eingetheilten, sorgfältigen Unterrichts (vgl. Benninghoven, der Unterricht des Krankenpflegepersonals in der Anatomie. Deutsche Krankenpfll.-Ztg. 1899. pag. 65). Von besonderem Werth ist schliesslich für die Krankenpflegepersonen die Kenntniss der Entleerungen und Ausscheidungen des gesunden Menschen, um die Abweichungen beim Kranken wahrnehmen zu können.

Aber es ist nicht nur unbedingt erforderlich, dass die lernenden Krankenpflegepersonen über die Beschaffenheit des gesunden Körpers und die einfachsten Lebenserscheinungen an ihm belehrt werden, sondern sie müssen auch wissen, auf welche Verhältnisse es bei der Krankenbeobachtung in besonderem Maasse ankommt. Denn abgesehen von der hilfreichen Bethätigung am Krankenbette, der eigentlichen sorgsam Pflege der Kranken, fällt den ausübenden Krankenpflegern und Krankenpflegerinnen als ein wichtiger Theil ihrer Aufgaben auch die Beaufsichtigung und Beobachtung der Kranken während der Abwesenheit des die gesamte Krankenbehandlung leitenden Arztes zu. Die Berufspfleger sollen die Fähigkeit haben, alle wichtigeren Veränderungen im Befinden des Kranken rechtzeitig wahrzunehmen und dem Arzt, wenn er seinen Krankenbesuch wiederholt, in treffender, klarer und bestimmter Weise ihre Beobachtungen zu berichten, um ihn auch in dieser Beziehung zweckentsprechend zu unterstützen. Sie sollen bei plötzlicher Gefahr für das Leben des Kranken nicht nur im Stande sein, die ersten nothwendigen Massnahmen bis zur Ankunft des Arztes kunstgerecht zu treffen, sondern sie müssen auch vor Allem in der Lage sein, die Gefahr, in welcher der Kranke schwebt, zu erkennen und die sofortige Inanspruchnahme des Arztes zu veranlassen. Dieser Aufgabe der Krankenbeobachtung können sie aber nur dann genügen, wenn sie gelernt haben, auf welche Vorfälle und Erscheinungen am kranken Körper sie vorzugsweise ihre Aufmerksamkeit zu richten haben. Somit ergiebt sich als unabweisbare Forderung für den theoretischen Krankenpflege-Unterricht die zusammenfassende Vorführung der Grundzüge der Krankenbeobachtung und der allgemeinen Symptomenlehre. Doch auch hierbei ist es nicht überflüssig hinzuzufügen, dass in den Vorträgen über die Beobachtung der Kranken lediglich das zur Darstellung gelangen soll, was für die Zwecke einer guten Krankenabwartung in Abwesenheit des Arztes ausreicht. Die Krankenpflegepersonen sollen nicht lernen, selbstständig „Diagnosen“ zu stellen; dies ist Sache des Arztes; sie sollen ihn nur in der richtigen Beurtheilung von Krankheit und Krankheitsverlauf dadurch unterstützen, dass sie ihm wahrheitsgetreu ihre thatsächlichen Wahrnehmungen melden. So wird freilich die Fähigkeit, Kranke in geeigneter Weise zu beob-

achten, naturgemäss zum wesentlichsten Theile durch die practische Bethätigung am Krankenbette selbst erworben; dem theoretischen Unterricht verbleibt indess nach wie vor die Aufgabe, den Schülern ein Gesamtbild alles dessen zu entwerfen, worauf sie hinsichtlich der Krankenbeobachtung in ihrem späteren Berufe ständig zu achten haben werden. Vor Allem kommt es darauf an, die Pflegepersonen dazu anzuleiten, dass sie überhaupt Vieles sehen, viele Abweichungen vom Normalen bemerken lernen, die dem ungeübten Auge des unvorbereiteten Laien gewöhnlich entgehen. Freilich wird gerade in Bezug hierauf der practische Unterricht am Krankenbette sich wirksamer erweisen können als die theoretische Unterweisung. Dennoch aber hat auch diese ihr Gutes, indem sie in vollständiger und systematischer Weise über alle Punkte Belehrung bietet, welche bei jedem Kranken ohne Ausnahme zu beobachten sind und über welche dem Arzte sorgfältig Bericht erstattet werden muss. In neuerer Zeit haben besonders J. Lazarus (vgl. Handbuch der Krankenpflegerinnen. Berlin 1897. Springer. pag. 88) und E. Aufrecht (Anleitung zur Krankenpflege 1898. Wien. Hölder. pag. 35) die Wichtigkeit eines eingehenderen theoretischen Unterrichts über Krankenbeobachtung hervorgehoben. „Sehen“, sagt der erstere Autor, „kann jeder Mensch, der gesunde Augen hat, aber mit Verstand sehen mit Ueberlegung das Gesehene auffassen und es richtig mit Worten wiederzugeben, das ist recht schwierig und will gelernt sein. Wenn sich die Pflegeperson die Kenntniss des gesunden Körpers angeeignet hat, dann übe sie sich zunächst an sich selber das Gelernte zu befestigen, sich über die Lage der Organe, über ihre Functionen an sich selbst zu vergewissern und das Alles genau zu beobachten. Wenn sie etwas beschreiben soll, so werden ihr anfangs die bestimmten Bezeichnungen fehlen, und sie thut dann gut, passende Vergleiche zu wählen z. B. ist etwas so hart wie Eisen, so weich wie Butter, so kalt wie Eis, so rund wie eine Kugel oder ein Ei, so höckerig wie eine Himbeere, so gross wie ein Kirschkern oder eine Billardkugel u. s. w. Sie soll fern angeleitet werden zu berichten, was einem Geschehniss beim Kranken vorhergegangen ist, und sich stets schriftliche Notizen zu machen“. Bei der theoretischen Anweisung zur Krankenbeobachtung kommen z. B. die Schilderung der häufigsten Formveränderungen am Körper, die Verhältnisse des Schlafes, die Beschaffenheit der Haut, des Mundes, der Atmung, des Auswurfs, die Verhältnisse der Verdauung (Appetit, Durchfall, Erbrechen, Aufstossen, Blähungen, Stuhlgang, krankhafte Beimengungen des Harns und Koths), ferner krankhafte Secretionen aus Körperöffnungen, die Verhältnisse des Gefässapparates (Puls, Herzthätigkeit), der Körpertemperatur (Fieber, Hauttemperatur), die Beschaffenheit der Sinnesorgane (Blick, Seh- und Hörvermögen, Geruch, Geschmack, Denken, Fühlen, Bewegung, Schmerz) etc. Eine Belehrung über die einfachsten Methoden der Messung und Untersuchung am Kranken (Pulszählung, Thermometermessung, Feststellung der Athemfrequenz u. dergl.) wird

... und in einer in diesem Sinne gemeinverständlichen Weise zu  
, d. h. sachlich und klar, jedoch unter möglichster Vermeidung  
medizinischen Fachausdrücken, die doch gewöhnlich nicht recht auf-  
t und begriffen werden, indess einer Ueberhebung der Pflege-  
en Vorschub leisten können; gegen die neuerdings in einigen  
den der Krankenpflege etwas übertriebene Gewohnheit die medici-  
n Termini technici in Klammern anzuführen, lässt sich Mancherlei  
nden. Fremdsprachliche Krankheitsnamen brauchen den Pflege-  
en kaum in weitgehendem Maasse bekannt zu sein, als sie sich  
aucht in weiteren Kreisen eingebürgert haben. Mancherseits wird  
belehrung in lateinischen Bezeichnungen das Wort geredet, um die  
epersonen durch ihre Kenntniss zu befähigen sich mit dem Aerzte  
genwart des Kranken besser über dessen Zustand zu verständigen;  
s lässt sich wohl meist auch ohne Anwendung gelehrter Reden-  
ungen eine ausreichende Verständigung erzielen, und dann sind  
rechnungen über den Status morbi in Gegenwart der Kranken über-  
t thunlichst zu vermeiden.

Als ein ferneres wichtiges Hilfsfach für den theoretischen Unterricht  
Pflegepersonen ist die Gesundheitspflege zu bezeichnen. Funda-  
ale hygienische Kenntnisse sind für den Krankenpflegeberuf ganz  
behrlich, und zwar aus mehrfachen Gründen. Zunächst muss  
Pflegepersonen die Möglichkeit gegeben werden, selbst für ihre  
nderhaltung sorgen zu können und Mittel und Wege kennen zu  
s, wie man sich selbst vor Ansteckungen und überhaupt Erkrank-  
schützen kann. Der segensreiche prophylactische Einfluss von  
erkeit und Reinlichkeit in Bezug auf die eigene Person und die in  
Umgebung befindlichen Objecte und Personen, zu denen man in  
bung und mit denen man in Berührung tritt, ebenso die gesund-

seuchenartigem Auftreten einer Massenverbreitung vorzubeugen. Hygienisches Wissen ist auch deshalb für die Pflegepersonen von grosser Wichtigkeit, weil sie selbst berufen sind in der Bevölkerung aufzuklären und erzieherisch in der Richtung vernünftiger Gesundheitspflege zu wirken, und vor Allem in der Armen- und Gemeindeclankenpflege der Abstellung unhygienischer Zustände (Wohnung, Ernährung, Reinlichkeit) mitzuhelfen. Der theoretische Unterricht soll daher den Schülern und Schülerinnen Belehrung bieten über die hauptsächlichsten und häufigsten gesundheitlichen Schädlichkeiten, denen die Menschen im täglichen Leben ausgesetzt sind, und zugleich darüber, wie man die Schädlichkeiten auf ein möglichst geringes Maass beschränken und ihnen durch geeignete Maassnahmen entgegentreten kann. Die Lehre von den ansteckenden Volkskrankheiten, ihren erregenden Ursachen, den Wegen ihrer Uebermittlung, den Vorkehrungen zur Verhinderung ihres Ausbruches und zur Vernichtung der Infectionsstoffe bildet einen ausserordentlich wichtigen Gegenstand für den theoretischen Unterricht, dessen in den letzten Jahren erfolgte Einfügung in das Lehrpensum desselben einen wesentlichen Fortschritt bedeutet (vgl. E. Dietrich. Was müssen Pfleger und Pflegerinnen über Wesen und Bekämpfung der gemeingefährlichen Volkskrankheiten wissen? Deutsche Krankenpf.-Ztg. 1899 p. 369 ff.). In erster Linie kommen hierbei folgende Infectionskrankheiten in Betracht: Pest, Cholera, Tuberculose, Lepra, Diphtherie, Abdominaltyphus, Recurrens und Flecktyphus, Gelbfieber, Malaria, Pocken, Syphilis, Trachom und die infectiösen Kinderkrankheiten. Merkmale, Ursachen, Verlauf, Gefahren für die Umgebung bei diesen Erkrankungen können bei richtiger Handhabung des Unterrichts in klarer, gemeinverständlich Weise geschildert werden, ohne dass hierdurch ein zweckwidriges und zur Ueberschreitung der Befugnisse verleitendes Halbwissen erzeugt wird, was gesagt wird, muss natürlich streng sachlich und in einer den Nichtmediciner begreiflichen Art vorgebracht werden und unter besonderer Berücksichtigung derjenigen Verhaltensmaassregeln, die gerade für das Berufsleben der Pfleger und Pflegerinnen am werthvollsten sind. An die Unterweisung in der Seuchenlehre schliesst sich dann unabweisbar die Lehre von der Aseptik und Antiseptik an, welche ja die berufliche Thätigkeit der Krankenpflegepersonen überhaupt von fundamentaler Bedeutung ist, und von deren Ergebnissen und practischen Anwendungen sie fortwährend auf's ausgiebigste und peinlichste Gebrauch zu machen genöthigt sind. Hier findet die Belehrung über die wichtigsten keimtödtenden chemischen und physikalischen Hilfsmittel Platz über ihre Wirkung, die Art ihrer Anwendung, die Formen des Gebrauchs zur Desinfection keimtragender Objecte, Substanzen, Flüssigkeiten, Abgänge des Kranken u. s. w. Und damit wird bereits der Unterricht in den wissenschaftlichen Hilfsfächern verlassen und dem letzten Theile des theoretischen Krankenpflege-Unterrichts hinübergeleitet, zu den Vorträgen über die eigentliche Krankenpflege-Technik.

Das dritte Haupt-Lehrthema des theoretischen Krankenpflege-Unterrichts



richts bildet die Unterweisung der Schüler und Schülerinnen in der technischen Krankenpflege und in der Art und Weise der Ausführung aller derjenigen Handgriffe und Hilfeleistungen, welche die personelle Wartung und Pflege Kranker erfordert. Während in den Vorträgen über Krankenpflege-Ethik Werth darauf gelegt wurde, alles das vorzuführen, was zum „Sollen“, und in den Vorträgen über die wissenschaftlichen Hilfsfächer, was zum „Wissen“ in der Krankenpflege gehört, tritt nunmehr die Schilderung alles dessen in den Vordergrund, was das eigentliche „Können“ in der Krankenpflege ausmacht. Wie jede andere Kunst eine genaue Kenntniss der richtigen Anwendung ihrer technischen Hilfsmittel als eine unerlässliche Vorbedingung für ihre vollendetere Ausübung verlangt, so erfordert auch die Kunst, Kranke sachgemäss zu pflegen, die vorhergehende methodische Erlernung zahlreicher kleiner Fertigkeiten und Geschicklichkeiten. Es kann kein Zweifel darüber sein, dass eine jede, wenn auch scheinbar noch so unbedeutende Handreichung am Kranken um so geschickter und zweckmässiger ausgeführt werden wird, je öfter sie geübt wurde, und in Uebereinstimmung hiermit begreift es sich leicht, dass die Technik der Krankenpflege am besten von Personen beherrscht wird, welche Gelegenheit hatten sie sich in länger dauernder practischer Bethätigung am Krankenbette zu eigen zu machen. Gerade für das Gebiet der Krankenpflege-Technik hat der theoretische Unterricht im Wesentlichen eine vorbereitende Bedeutung, indem er den Schülern einen möglichst vollständigen Ueberblick über den Gesamtbereich ihrer beruflichen Leistungsfähigkeit gewährt. Dass eine geschickte und kunstgerechte Ausführung der technischen Maassnahmen der Krankenpflege durch ein in geordneter Weise und in hinreichendem Umfange unterrichtetes Pflegepersonal für den Erfolg der gesammten Krankenbehandlung von ausserordentlicher Wichtigkeit ist und geradezu als ein directer, wesentlicher Heilfactor in der Krankenbehandlung anzusehen ist, an dessen Vervollkommung, Förderung und Weiterbildung mitzuarbeiten gerade für den Arzt eine unabweisbare Aufgabe darstellt, ist eine in ihrem vollen Umfange und in ihrer weittragenden Bedeutung erst in letzter Zeit mehr und mehr gewürdigte Thatsache. Weil eben die durch die berufsmässigen Krankenpflegepersonen ausgeübte Pflege und Hilfeleistung nichts anderes ist, als derjenige Theil der Krankenbehandlung, welchen der Arzt aus äusseren Gründen sich gezwungen sieht den Händen einer geschulten und leistungsfähigen Ersatztruppe anzuvertrauen, ist es nothwendig, diese Ersatzmannschaften über die Krankenpflege-Technik besonders eingehend zu belehren, damit sie die ihnen zufallenden technischen Aufgaben in geeigneter Weise leisten können. Der theoretische Unterricht in der Krankenpflege-Technik ist auch infolgedessen in erheblichem Maasse dazu geeignet, den Schülern gegenüber den eigentlichen Wirkungskreis des Pflegepersonals in Bezug auf die ihm zufallenden activen Maassnahmen abzugrenzen. Auch für das Gebiet der Krankenpflege-Technik ergiebt sich mit Rücksicht auf die später einzunehmende Stellung am Krankenbette als Gehilfen des

Arztes die dringende Nothwendigkeit, die Schüler und Schülerinnen auf hinzuweisen, dass die eigentliche Leitung und Regelung der gesamten Krankenbehandlung, des gesammten Heilverfahrens, ausschließlich in den Händen des Arztes verbleiben müsse, und dass das Weiche der von den berufsmässigen Krankenpflegepersonen zu forder Thätigkeit in einer möglichst guten, sorgfältigen und geschickten Führung der ärztlichen Anordnungen besteht. Ebenso wenig die Aspiranten des Pflegeberufes in dem zweiten Theile des theoretischen Fachunterrichts lernen sollen, auf eigene Faust Diagnosen zu stellen, sollen sie bei dem Unterricht in der Krankenpflege-Technik lernen Krankheiten und „Krankheiten“ nach eigenem Ermessen zu behandeln. Dies vielmehr wiederum einzig und allein Sache des Arztes, zu dessen Unterstützung das Pflegepersonal berufen ist. In Congruenz mit diesen Erwägungen gliedert sich der Unterricht in der Krankenpflege-Technik hauptsächlich in folgende Unterabtheilungen, deren jede eine besondere Vortragsreihe beansprucht: 1) die Lehre von der Ausführung ärztlicher Verordnungen am Kranken, 2) die Lehre von den Hilfsmitteln für Bequemlichkeit und Behaglichkeit des Kranken (Krankencomfort, „kleine Hilfen“), 3) die Lehre von der ersten Hilfeleistung bei plötzlicher Lebensgefahr und Unfällen, 4) die Lehre vom Krankentransport, 5) die Lehre von der Krankenernährung und Krankenküche, 6) die Lehre von der Hilfeleistung bei Operationen und Verbänden. Die Lehre von der Ausführung ärztlicher Verordnungen umfasst die Darreichung der Arzneien und zwar sowohl der innerlich zu nehmenden als äusserlich anzuwendenden Mittel und die Hilfeleistung bei Wasseranordnungen, Massagen u. dergl. therapeutischen Methoden, soweit sie für das Pflegepersonal eignet. In diesen Vorträgen werden Beispiele der häufigsten Arzneiformen (Mixturen, Pulver, Pillen, Tableten, Pastillen, Thees, Brunnen u. s. w.), ferner die üblichen Arzneige und Arzneimaasse, die Behandlung, Auflösung der Arzneimittel, schliesslich die Art der Einverleibung bezw. Beibringung (Verschlucken, Einreiben, Eingiessen, Einschieben, Einspritzen, träufeln, Einpinseln, Einathmen) in Magen, Darm oder andere Körperhöhlen bezw. Körperöffnungen oder auf die Körperoberfläche vorgeführt. Ausserdem wird die Technik der wichtigsten hygienischen Prozeduren besprochen, der warmen und kalten Bäder, der Douchen, Einreibungen, Einwicklungen, Umschläge, Begiessungen, medicamentösen Bäder, Massagen u. s. w.

Die Vorträge über die Badepflege leiten bereits zu der Lehre der Fürsorge für des Kranken Behaglichkeit und Bequemlichkeit hinüber. Hier handelt es sich um die Vorführung der wichtigsten am häufigsten angewendeten technischen Gerätschaften des Krankencomforts, um die Unterweisung in der Einrichtung und Ausstattung der Krankenräume und Krankenbetten, in der Gestaltung der Umgebung des Kranken, in der hygienischen Besorgung der Krankenzimmer (Gründung, Lage, Lüftung, Beleuchtung, Heizung u. s. w.), in der körperlichen P

kranker (Lagerung, Kleidung, Reinhaltung, Nahrungsdarreichung); ferner kommt hier die Anleitung zu den sog. „kleinen Hilfen“ am Krankenbette in Betracht, zu geschickten den Kranken unterstützenden Handreichungen und Kunstgriffen, welche ihm die nöthigen Verrichtungen erleichtern und bequemer machen sollen (Unterstützung beim Aufrichten, Aufsetzen, Umbetten, Essen, Trinken, bei den Entleerungen, beim Aufstehen und bei Bewegungen überhaupt). Es ist aber nicht nur nothwendig den Schülern und Schülerinnen die technischen Zurüstungen der Krankenpflege eingehend zu schildern und sie mit dem Rüstzeug der technischen Krankenpflege an Geräthen und Apparaten bekannt zu machen, ihre Anwendung zu erläutern, sondern sie auch über die grössere und geringere Kostspieligkeit der einzelnen Objecte des Krankencomforts aufzuklären, damit sie späterhin in der Lage sind, je nach den äusseren Lebensverhältnissen des zu pflegenden Kranken jedes Mal das Geeignete in Bezug auf das erreichbare Maass an Annehmlichkeiten und Bequemlichkeiten auszuwählen. Vor allen Dingen müssen sie lernen, auch mit verhältnissmässig geringen Mitteln dem Kranken dennoch durch geschickte Auslese der zu Gebote stehenden Hilfsmittel und durch ausgiebige Verwerthung und Ausnutzung überall leicht zu beschaffender und wenig Kosten bedingender Materialien seinen Zustand möglichst zu erleichtern und erträglich zu machen. Daher ist es geboten auch beim theoretischen Unterricht in der Krankenpflege-Technik sogleich die gebührende Rücksicht auf die Unterweisung in der Improvisations-Technik zu nehmen und jedes Mal, nachdem die verschiedenen Krankenpflege-Geräthe vorgeführt sind, die in einem grösseren Krankenhause leichter beschafft werden können als in der Privatpflege und zumal in der Armen- und Gemeindekrankenpflege, auch zu zeigen, wie man es „ohne allen Apparat“ machen kann.

Die Lehre von der ersten Hilfeleistung bei plötzlich auftretenden gefährdenden Krankheitssymptomen und Krankheitszuständen sowie Unfällen ist gleichfalls von ausserordentlicher Wichtigkeit für die lernenden Pflegepersonen. Denn erstens sind gerade sie späterhin sowohl in der Hospitalpflege als auch ganz besonders in der Privatpflege berufen, bei derartigen Vorkommnissen bis zum Erscheinen des Arztes die ungesäumt nöthigen Maassregeln, hier bisweilen im Nothfalle auch in grösserer Selbstständigkeit, anzuordnen und durchzuführen, die unter Umständen (Collapszustände, Blutungen) direct lebensrettend wirken können. Ebenso verhält man sich, vor Allem in kleineren Orten und auf dem Lande, wo der Arzt oftmals nicht schnell bei der Hand sein kann, bei Unglücksfällen zunächst und besonders gern an die Krankenpflegepersonen, um von ihnen zweckmässige Hilfe zu erlangen. Sie müssen daher in systematischer Weise über die Art der häufigsten plötzlich auftretenden, das Leben bedrohenden Complicationen bei inneren und äusseren Erkrankungen und der häufigsten Unfälle, sowie über die sachgemässe erste Hilfeleistung Lagerung, Blutstillung, Magenausspülung, Gegenmittel bei Vergiftungen, Eisenanwendung, Nothverband, Transport u. s. w.) belehrt werden.

Hier schliesst sich unmittelbar die Lehre vom Krankentransport der ja bei plötzlichen Erkrankungen und bei Unfällen fern vom B zu den ersten erforderlichen Pflegemaassnahmen gehört und von de sachkundiger und sorgsamer Ausführung, sei es, dass er die Woh des Erkrankten oder aber ein Hospital zum Ziel hat, oftmals ungeh viel für die Heilung und das Leben des Patienten abhängt; nothwe ist hier die Kenntniss der kunstgerechten manuellen Handhabung, Einrichtung und Beschaffung der geeigneten Transportmittel und Bewachung und Beobachtung des Kranken während der Ueberführ

Schliesslich gehört nach den in den letzten Jahren zu Tage tretenden Anschauungen der Sachkundigen noch zum theoretischen Krank pflege-Unterricht eine Vortragsreihe über die Grundzüge der Krank ernährung und Krankenkochkunst. Nachdem die Ausgestalt der wissenschaftlichen Ernährungstherapie eine Reihe neuer Grunds für die Krankenernährung geschaffen und die ärztliche Aufmerksam in höherem Maasse auf diesen wichtigen Punkt der Krankenbehand hingelenkt hat, lag es nahe eine Belehrung über die bedeutsam Thatsachen und Ergebnisse auf diesem Gebiete auch in den Unterric plan des geschulten Hilfspersonals aufzunehmen, besonders mit R sicht darauf, dass gerade in Bezug auf die Ernährung des Kranken Arzt in erheblicher Weise der unterstützenden Mithilfe der Pflege sonen bedarf, die, wenn sie im Stande sind den ärztlichen Anordnu ein besseres Verständniss entgegenzubringen, die Durchführung der : lich-therapeutischen Intentionen hinsichtlich der Auswahl, Zusammenset und Zubereitung der Krankenkost wesentlich fördern und erleich können. Freilich wird heutzutage, wo die Erkenntniss, dass das d tische Regime auf den Verlauf fast aller Erkrankungen ohne Ausna einen bemerkenswerthen Einfluss auszuüben vermag, sich immer w Bahn bricht, die eigentliche Bestimmung dessen, was ein Kranke Speisen und Getränken zu sich zu nehmen hat, sowohl hinsichtlich qualitativen Zusammensetzung als der quantitativen Eintheilung i noch als vordem dem Ermessen des Arztes vorbehalten bleiben, dennoch hat der Arzt noch in höherem Maasse als bei der Darreich der Medicamente bei der Zuführung der Nahrung ein Interesse d dass sie in zukömmlicher und gesundheitsfördernder Weise vor sich g Besonders in der Privatpflege muss sich der Arzt oft auf allgemei Anweisungen für die Krankenernährung beschränken und bei den w selnden materiellen Verhältnissen der Kranken wie auch bei dem wed vollen Verlaufe vieler Erkrankungen, auch in Rücksicht darauf, das den Kranken und dessen Umgebung nicht, wie im Hospitale, bestü controlliren kann, den Pflegepersonen in mancher Beziehung einen frei Spielraum in der Auswahl und Abänderung der Krankengerichte statten, natürlich innerhalb des dem Status morbi adäquaten Kostrahm Es ist wünschenswerth, dass in dem Unterricht von der Ernährung Gesunden ausgegangen wird; Ziel und Zweck rationeller Ernährung m vorgeführt, die Begriffe von Nährwerth, Verdaulichkeit, Geldwerth

Wärmewerth der einzelnen Nahrungsmittel berücksichtigt werden. Daran schliesst sich dann die Ernährung des Kranken an. Naturgemäss liegt hier nicht die Aufgabe vor, die angehenden Pflegepersonen darüber zu belehren, welche Diät für die einzelnen Erkrankungen angewendet werden soll, ebensowenig wie es Gegenstand des theoretischen Unterrichts ist, die Medicamente aufzuzählen, welche für eine Krankheit unter Umständen geeignet sind. Wohl aber müssen die allgemeinen Gesichtspunkte eingehend erörtert werden; die Pflegepersonen sollen sich klar werden über Bedeutung, Aufgabe und Zweck der Krankendiät, sowie über die qualitativen und quantitativen Unterschiede, die gegenüber der Kost des gesunden Menschen in Betracht kommen können. Die Grundzüge der Ernährungsweise für fiebernde, stark abgemagerte, reconvalescente Personen können vorgeführt werden; ebenso die schädlichen Folgen ungeeigneter Ernährung, die sich beim Kranken noch in viel weitgehendem Maasse als beim Gesunden geltend machen, die oft den ganzen Heilerfolg vernichtenden Wirkungen von Diätfehlern, insbesondere bei Erkrankungen mit Magen-Darmlokalisationen (Typhus, Ulcus ventriculi etc.). Derartige Belehrungen werden Gutes stiften, besonders auch im Hinblick auf die Mission der Pflegepersonen als Verbreiter der Aufklärung in weiteren mit falschen Vorstellungen und Vorurtheilen durchseuchten Bevölkerungskreisen. Die Pflegepersonen müssen die häufigsten Krankenspeisen kennen, wissen, in welchen Mengen sie gewöhnlich gegeben werden, welche Temperatur sie haben sollen, wie sie am besten angerichtet werden: sie müssen wissen, welche Speisen man als leicht- oder schwerverdaulich bezeichnet, welche Speisen sich in Bezug auf Nährwerth, Bekömmlichkeit, Appetitanregung ähnlich verhalten und daher im Wechsel verwendet werden können. Ebenso wichtig ist für sie eine eingehendere Kenntniss der Krankenkochkunst, der Art, wie Krankenspeisen in geeigneter Weise zubereitet werden müssen. Hängt doch vielfach gerade von einer zweckmässigen Zubereitung der Krankenspeisen ihre Bekömmlichkeit, Verdaulichkeit und mithin ihr absoluter Nutz- und Nährwerth für den Kranken ab. In erster Linie ist hier Belehrung über die Beschaffung qualitativ unanfechtbarer, roher Nahrungsmittel, über die Aufbewahrung und Conservirung derselben, über Schutzmittel gegen ihr Verderben, die Methoden des Leichterverdaulichmachens, die Erhaltung möglichst grosser Nährkraft bei der Zubereitung, die Verwendung geeigneter Gewürze, die Bedeutung künstlicher Nährpräparate etc. von Wichtigkeit. Auch auf diesem Gebiete bildet freilich der theoretische Unterricht nur eine zweckmässige Vorbereitung und Ergänzung des practischen (vgl. II. Schlesinger: Kochkurse, ein wesentl. Bestandtheil des Krankenpflege-Unterrichts. Deutsche Krankenpflege-Ztg. 1898 pag. 105. - F. Liese, Erfahrungen bei der Bereitung v. Krankenspeisen. Ibidem. pag. 107. - J. Hidde, die Krankenkost. Wiesbaden 1898. - O. Dornblüth, Kochbuch f. Kranke. Leipzig 1897.).

Wenn hier nun noch eine Vortragsreihe über die Lehre von der Hilfeleistung bei Operationen und Verbänden als zum theore-

tischen Krankenpflege-Unterricht gehörend betrachtet wird, so geschä dies zwar in dem Bewusstsein, dass hiermit eigentlich bereits das Ge der allgemeinen Krankenpflege verlassen wird, deren Vorführung systematischer Folge der Hauptzweck des theoretischen Unterrichts und dass die chirurgische Pflegeethätigkeit schon ein specielleres Ge der Krankenpflege betrifft, dessen in angemessenem Umfange erworbe Kenntnisse die besondere Fähigkeit zur Ausübung der Krankenpfle bei einer bestimmten Gruppe von Kranken, hier also bei der Pfe Verwundeter, verleihen; den Anschluss bedingt jedoch die Rücksic darauf, dass die Anforderung chirurgische Kranke zu pflegen, he zutage ohne Ausnahme und häufig an die Pflegepersonen herantri sei es, weil die meisten grösseren allgemeinen Krankenanstalten, v sie für die Ausbildung von Pflegepersonal in Betracht kommen, zwei gesonderte Haupt-Abtheilungen, eine innere und eine chirurgisch zerfallen, sei es, weil die Bedürfnisse und äusseren Verhältnisse d Privatkrankenpflege eine gründliche Vorbereitung auch für die sp cielle chirurgische Pflege voraussetzen. Wenn daher auch die Zi derjenigen Krankenpflege-Schulen, welche noch einen besonderen Unt richt in anderen Specialfächern der Pflegeethätigkeit eingeführt hab wie z. B. in der Kinderkrankenpflege, Wöchnerinnen- und Frau krankenpflege, Irrenpflege noch verhältnissmässig gering ist, finden wir doch aus den genannten Gründen in sämmtlichen Le stätten, in denen Pflegepersonal herangebildet wird, eine Ein ziehung der chirurgischen Hilfeleistung in den Unterricht. Di Thatsache erklärt sich auch aus der ausserordentlichen Wichtigk welche die Beherrschung der antiseptischen und aseptischen Method für die Krankenbehandlung und Krankenpflege überhaupt erlangt b hierin liegt der wesentlichste Grund, dass die Technik der chirurgisch Pflegeethätigkeit mit unter die fundamentalen Unterrichtsgegenstände l der theoretischen Unterweisung und bei der practischen Schulung a genommen worden ist. Den theoretischen Unterricht auch auf and Specialfächer der Krankenpflege auszudehnen, abgesehen von kur Hinweisen, sehen sich viele Krankenpflege-Schulen weder veranla noch in der Lage, weil die betreffenden Krankenanstalten nicht g geeignete Special-Abtheilungen und specielle Lehrkräfte verfügen. Viel von dem bei der Schilderung der chirurgischen Pflege Vorzutragend haben die Schüler bereits in den hygienischen Vorträgen und bei d Belehrung über die Infectionskrankheiten und ihre Abwehr erfahren, die Grundlehren über die Desinfection von Personen und Objecten, u die Technik der Reinlichkeitspflege in Bezug auf den Kranken und d Pflegepersonen selbst, auf das Krankenzimmer, Krankenbett und d sonstigen Einrichtungsgegenstände der Krankenräume. Neu hinzukom hingegen die Unterweisung in der Instrumenten- und Verbandmateriali kunde, ferner im eigentlichen Operationsdienst und schliesslich in d Technik des kunstgerechten Verbindens. Es empfiehlt sich bei d theoretischen Unterricht in der Instrumenten- und Verbandzeuglehre

ur die wichtigsten und am häufigsten angewendeten Instrumente bandmaterialien vorzuführen und zu erläutern und die Kenntniss meren Objecte bis zur practischen Thätigkeit im Operationssaale ren. Besonders wichtig ist es, den Pflegepersonen genaue Vor- und eindringliche Ermahnungen bezüglich der Händedesinfection, ebenso betreffs der Reinigung, Desinfection und Aufbewahrung umente, der Zubereitung, Aufbewahrung und Sterilisation des n Verband- und Nahtmaterials, der Einrichtung und Reinhaltung rationsraumes. Bei dem speciellen Operationsdienst ist zunächst tigten die Vorbereitung des Kranken, der Pflegeperson, der in ng kommenden Instrumente, Geräthe, Verbandstoffe, des Ope- umes. Da die Pflegepersonen nicht beständig im Hospitale n sollen, vielmehr zumeist nach Absolvirung der Lehr-Zeit und h anschliessenden weiteren practischen Uebungszeit am Kran- ette in der Privatpflege Verwendung finden resp. ihren Beruf häusern verschiedenster Bevölkerungsschichten selbstständig aus- ist es erforderlich, den Schülern nicht nur die Verhältnisse tenhause (Operationssaal) zu schildern, wo alle Hilfsmittel aus- reicht und in geeignetster Gestalt zu beschaffen sind, sondern f die Unterweisung in der Improvisation der zur Operation Zurüstungen, soweit sie sich ohne Benachtheiligung des thera- n Erfolges durchführen lässt, und die Herrichtung eines Ope- umes im Privathause einzugehen. Es folgt alsdann die Be- über die Hilfeleistung während der Operation, über die Technik ose, die Vermeidung ihrer Gefahren, die Darreichung der In- e, die Ueberführung des Kranken vom Bette zum Operations- d von diesem zum Bette, und den Schluss macht die Anlegung igsten Verbände sowie die sog. Nachbehandlung nach der Ope- die Ueberwachung des Kranken und des Verbandes. Beim chen Unterricht viele Zeit auf das Einüben möglichst mannig- and complicirter Verbandformen zu verwenden, hat kaum einen en Werth, da die vollendetere Uebung im Verbinden in besserer urch die practische Bethätigung erworben wird. Aber immerhin die Typen antiseptischer und aseptischer Verbände, sowie die en und häufigeren Verbandformen erläutert und an den Schülern selbst eingeübt werden; auch hierbei kommt der Improvisation thvolle Bedeutung zu.

nn wir es endlich nochmals als rathsam bezeichnen, in denjenigen ngsstätten für Pflegepersonen, in welchen ein Specialunterricht in lerkrankenpflege, Frauenkrankenpflege, Wöchnerinnenpflege, Irren- Massage etc. aus äusseren Gründen nicht möglich ist, wenigstens stigsten Specialkenntnisse über diese Pflegegebiete den Schülern ulerinnen durch geeignete kürzere Hinweise an passenden Stellen des schen Unterrichts zu vermitteln, um die Lücke in der Ausbildung lzu empfindlich sein zu lassen, so dürfte damit der Umfang des mas für den theoretischen Krankenpflege-Unterricht in annähernd

erschöpfender Weise umgrenzt sein. Es möge freilich nochmals werden, dass eine Ausbildung, die darauf Anspruch erheben will seitigen Anforderungen zu entsprechen, nach der heute geltende schauung der Fachkreise auch einen gründlichen systematischen I richt in den genannten Specialzweigen der Krankenpflege umfassen denn eine solche Ausdehnung ist wünschenswerth sowohl, um d schulten Pflegepersonen in möglichst weitgehender und unbeschr Weise für den Hospitaldienst verwenden zu können, als auch, um ein möglichst umfangreiches Feld für die private Pflegehätigkeit : öffen, als auch schliesslich, um das Ziel einer gleichmässigeren I bildung sämmtlicher Pflegekräfte näher rücken zu können.

Die practische Ausbildung gewinnen die Pflegepersonen und allein durch eine hinreichend lange persönliche Bethätigun Krankenbette. Man ist allgemein zu der Ueberzeugung gelangt ein berufstüchtiges Krankenpflegepersonal selbst durch den eingehen und umfassendsten theoretischen Unterricht nicht herangebildet w kann, und dass der Hauptnachdruck bei der Schulung auf die prac Durchbildung im Pflegedienst „von der Pike an“ gelegt werden Die theoretische Unterweisung wirkt vorbereitend; sie lässt die S und Schülerinnen einen Ueberblick über die Berufsthätigkeit gew Aber erst durch die practische Ausbildung in den Krankenräumen sie in persönliche, thatsächliche Beziehung zum Object ihrer Für zum Kranken selbst. Der oft so schwierige Umgang mit Kranken häufig verwickelten Verhältnisse des Hospitallebens, die nicht technisch schwierigen und dabei anscheinend minutiösen Handreich am Krankenlager, die bisweilen sehr anforderungsreiche Erfüllung herantretenden Aufgaben und Pflichten, alles das kann nur durch sönlich gesammelte Erfahrungen und practische Uebung so zu eige macht werden, wie es eine selbstständigere Ausübung des Kranken berufes voraussetzt. Es ist daher unbedingt erforderlich, dass si den theoretischen Unterricht die practische Anleitung in einem ge ten Krankenhause anschliesst; denn gerade ein grösseres Krank bietet die erwünschte Gelegenheit, die Pflegeaspiranten unter ku Leitung zu schulen und, vom Leichterem allmählich zum Schwerere rückend, sie in den Dienst am Krankenbette einzuführen, sie nac nach darin weiterzubilden und sie schliesslich dem Abschluss der lichen Lehr-Zeit und damit der Fähigkeit einer vollendeteren und : ständigeren Berufsausübung zuzubringen. Billroth, v. Leyden, B ler u. A. haben darauf hingewiesen, dass eine zweckentspre Ausbildung von Krankenpflegepersonen nur möglich ist, wenn die l schule sich an ein zur practischen Schulung geeignetes Krank anschliesst. Noch besser aber ist es, wenn das in Frage kom Hospital vorwiegend gerade für diesen besonderen Zweck der Ausb von Pflegepersonal bestimmt ist. Diesem Umstande haben denn manche geistliche Ordens-Genossenschaften sowie eine Anzahl vo einen vom rothen Kreuz Rechnung getragen, indem sie mit der B



pflegebedürftigen Kranken kennen zu lernen. Am besten sind die hauptstädtischen Krankenanstalten daran, welche gewöhnlich einer inneren und einer äusseren Abtheilung noch eine besondere eilung für kranke Kinder und für infectiöse Kranke besitzen. Stationen, auf denen auch die Wochenpflege erlernt werden kann, finden meist nicht im Anschlusse an derartige Anstalten; ebenso sind für renpflege von den Communen gewöhnlich besondere Krankenanstalten etet. Vortrefflich geeignet zur Ausbildung von Pflegepersonal sind sehr e Anstalten wie z. B. die kgl. Charité in Berlin, welche bei einer Gebettetenzahl von 1500 eine besondere Irren-Abtheilung von 200 Betten, r eine eigene Augen-Abtheilung, geburtshilfliche Abtheilung, Kinderon, Infections-Abtheilung besitzt. In solchen umfangreichen Instituten auch die Ausbildung des Personals eine sehr ausgedehnte sein, und ractische Schulung wird dann am besten gefördert, indem die auselenden Pflegepersonen nach einander sich eine Zeit lang auf jeder onder-Abtheilungen bothätigen. Zweckmässig ist es, bei dieser sung der Pflegeschüler einen bestimmten Turnus einzuhalten und mit der inneren Abtheilung zu beginnen, alsdann die chirurgische on folgen zu lassen, hierauf die Kinder-Abtheilung, die Abtheilung nfectionsranke und schliesslich die Irren-Abtheilung. Die weib- n Pflegeaspiranten haben auch längere Zeit auf der geburtshilflich- kologischen Station sich in der Frauenpflege zu üben. Die Dauer practischen Lehr-Zeit am Krankenhausbette wird gegenwärtig zu estens einem Jahre angenommen, wenn sie hinreichen soll, um illich geschulte Pflegepersonen heranzubilden; die Dauer des Verns der Schüler auf den einzelnen Stationen soll etwa 2—3 Monate gen. Angesichts der in den letzten Jahren erheblich erhöhten An- zungen, welche ärztlicherseits an das Pflegerpersonal gestellt werden

des Heiligthums dieser Kunst eingedrungen sein könne. Vergewen man sich indessen, dass es zunächst sehr wünschenswerth ist, die Ausbildung sämtlicher Pflegepersonen überhaupt einheitlicher und gleichmässiger zu gestalten, und dazu die Thatsache, dass wir selbst von Erfüllung der Forderung einer 1jährigen practischen Lehr-Zeit doch vielfach mangels genügend zahlreicher und genügend umfangreicher organisirter Ausbildungsstätten erheblich entfernt sind, wobei in Betracht kommt, dass selbst ein Theil des genossenschaftlichen Pflegepersonals wie z. B. die Schwestern des Johanniter-Ordens und die Schwestern einiger Roth-Kreuz-Vereine sowie auch die Schüler mancher Diakon-Anstalten nur eine 6—9 monatliche Ausbildungszeit durchmachen müssen und die Hauptmasse des nicht-genossenschaftlichen Pflegepersonals überhaupt noch nicht an eine längerdauernde systematisch geordnete Lehrzeit gebunden ist, so wird man schon zufrieden sein können, wenn sich die Durchführung einer allgemeinen 1jährigen practischen Lernzeit im Krankenhaus für sämtliche Pflegecontingente bewerkstelligen lässt, welchem Ziele wir bei dem allseitigen Streben die Schulzeit das erwähnte Normal-Niveau zu verlängern, immerhin in den letzten Jahren bereits wesentlich näher gekommen sind. Um jedenfalls auch bei nur 1jähriger Ausbildung eine möglichst grosse Garantie für eine gründliche und allseitige Vorbereitung zum Uebertritt in die Privat- und Gemeindekrankenpflege, welche Zweige der Pflegeethätigkeit infolge sich hier geltend machenden grösseren Selbstständigkeit und Verantwortung eine umfangreichere Berufserfahrung voraussetzen, zu bieten haben einzelne bedeutendere Krankenpflegeschulen wie die Pflegerinnenschule Victoriabaus in Berlin, die Roth-Kreuz-Pflegerinnenschule in München, die Pflegerinnenschule des Vereins für jüdische Krankenpflegerinnen in Berlin u. a. in ihre Satzungen die Bestimmung aufgenommen, dass die neueintretenden Schülerinnen sich von vornherein verpflichten müssen, nach Absolvirung des eigentlichen practischen Lehrjahres noch weiter zwei sog. Pflichtjahre in den Krankenanstalten, die zur practischen Fachschulung herangezogen sind, Hospitalpflege auszuüben. Die Prüfung findet bei den genossenschaftlichen Pflegepersonen gewöhnlich am Abschluss des practischen Lehrjahres statt unter Vorsitz der die Organisation leitenden Kuratoren und unter Leitung der ausbildenden Aerzte; die Verleihung des genossenschaftlichen Diploms hingegen erfolgt bei einer Anzahl von Pflegeschulen erst nach Ablauf der weiteren Pflichtjahre. Durch letztere Einrichtung wird eine noch grössere Aehnlichkeit des Verfahrens mit demjenigen der bedeutendsten amerikanischen und dänischen Krankenpflegeschulen erreicht, welche ausserdem ihnen entwachsenden Schwestern das Diplom einer „graduirten Pflegerin“ erst am Schlusse des dritten Jahres ertheilen. Auch in den neueren Krankenpflegeschulen in Amerika, Holland und der Schweiz diplomiren ihre Zöglinge erst nach Ablauf einer 2—3jährigen practischen Dienstzeit. Die Bestimmung, dass die Pflegerinnen, welche das eigentliche Lehrjahr bereits absolvirt haben, noch zwei weitere Jahre Hospital-

en und sich an ihrer practischen Unterweisung in Ergänzung der  
then Anleitung betheiligen können. Die ersten 3 Monate des  
schen Ausbildungsjahres werden gewöhnlich von den Genossen-  
en als Probezeit angesehen, im Verlaufe deren es sich fast stets  
rer Weise herausstellt, ob die betreffende Berufsaspirantin sich  
Charakter, ihrer physischen Anspruchsfähigkeit und ihrer intellec-  
n Begabung nach für die berufsmässige Krankenpflegethätigkeit  
:. Die Controlle der Leistungsfähigkeit während der practischen  
zeit liegt gewöhnlich gemeinsam in den Händen der Oberin und  
ausbildenden Aerzte, welche durch gemeinsame Berathung und Aus-  
h der gewonnenen Beobachtungen über die Leistungen und Bega-  
en der Schülerinnen ein zutreffendes Urtheil zu gewinnen suchen.  
en an einzelnen Schülerinnen besondere berufliche Talente oder  
auf ein besonderes Specialfach der Pflegethätigkeit beziehende  
ngen und Gaben entdeckt, so wird diesen Wahrnehmungen bei der  
eilung der Schwestern auf die einzelnen Stationen, soweit es mög-  
ist, Rechnung getragen. So ergiebt es sich öfter, dass einzelne  
erinnen eine besondere Gabe für die Kinderkrankenpflege oder den  
ationsdienst zeigen, und es wird dann, gleichzeitig unter Berück-  
gung des Umstandes, dass z. B. auf der Diphtheriestation oder im  
ationssaale auch aus technischen Gründen den Aerzten der Atthei-  
ein möglichst langes Verweilen der gerade für solche specielle  
ethätigkeit besonders geeigneten und eingearbeiteten Personen er-  
cht zu sein pflegt, veranlasst, dass die Betreffenden Gelegenheit  
ten, sich in dem Sonderfache eingehend und dauernd zu bethätigen.  
llgemeinen ist es jedoch aus Gründen der gedeihlichen Unterrichts-  
nisation nicht erwünscht, dass die in der Ausbildung befindlichen

des Aufenthalts auf den einzelnen Abtheilungen regelt. In den grossen Krankenanstalten findet ein Wechsel der Abtheilung für Pflegeaspiranten meist alle 3 Monate statt, und wird dabei das Leben in folgender Weise eingetheilt: Zunächst 3 Monate Bethätigung auf Krankensälen der inneren Station, darauf 3 Monate Bethätigung auf chirurgischen Station (davon 2 Monate Operationsdienst), sodann 3 Monate Bethätigung auf der Kinder-Abtheilung und schliesslich 3 Monate Pfackendienst auf der Abtheilung für Infectionskranke. Steht den Krankenhäusern die Möglichkeit zu Gebote, die Schülerinnen geeigneten eigenen Stationen oder mit Zuhilfenahme benachbarter Krankenanstalten in der Wochenpflege und Irrenpflege practisch zubilden, so empfiehlt es sich, die letzten 6 Monate des Lehrjahrs einzutheilen, dass ein 2monatlicher Stationswechsel stattfindet. Während der Ausbildung auf der inneren und chirurgischen Abtheilung müssen den Lernenden hinreichende Gelegenheit gegeben werden, sich auch in der Leistung von Nachtwachen bei Schwerkranken hinreichend zu betheiligen; ebenso ist es in denjenigen Krankenhäusern, welche auch wohlhabende sog. Extra-Kranke in Verpflegung nehmen, möglich, die Lernenden bereits in derartigen Einzelpflegen, deren Verhältnisse schon mehr Ähnlichkeit mit der Privatkankenpflege haben, zu üben. Auf den inneren Krankensälen beginnt die practische Bethätigung zuerst mit den einfachsten Handreichungen unter der Leitung der Oberin bzw. der erfahrenen den Saaldienst versiehenden Schwester (Oberpflegerin) oder des der Station vorgesetzten Oberpflegers; dann schliessen sich allmählich immer verantwortungsvollere Thätigkeiten an gelegentlich auch stellvertretender Vertretungen etc. Die Entwicklung der auf diese Weise gleichsam zwanglos und von selbst vor sich gehenden practischen Ausbildung wird dabei sowohl vom Stations-Arzte als der Oberin im Auge behalten und eine gewisse systematische Ordnung auch in diesem Theile der Schulung und Berufsvorbereitung ermöglicht. Alles, was der theoretische Unterricht im Zusammenhange vorgeführt hat, wird hier auf den Einzelnen am Krankenbette selbst wieder und immer wieder practisch geübt, um gehörig in Fleisch und Blut übergehen zu können. Die Art der Ausbildung hat überdies den grossen Vortheil, dass, besonders da, wo mehrere Schülerinnen auf derselben Station als Hilfskräfte thätig ausgebildeten Pflegepersonen thätig sind, sich alsbald unter der Leitung eines edlen Wettstreits zu zeigen beginnt, sich eine gute practische Leistungsfähigkeit nach dieser oder jener Richtung anzueignen, und dass überhaupt hier die Einordnung der Lernenden in ein von gleichartig arbeitenden Kräften und Bestrebungen erfülltes Milieu, in ein mit militärischer Genauigkeit, Sorgfalt und Pünktlichkeit ablaufendes Rädergetriebe sich als wohlthätigster erzieherischer Wirksamkeit erweist.

#### c) Methodik des Unterrichts. Lehrkräfte und Lehrmittel

Die zunächstliegende Frage, die der Erörterung bedarf, ist die, zu welcher Zeit innerhalb des Normal-Lehrjahres der theoretische Unterricht

eben festhalten will, so erscheint es zweifellos als das einzig Richtige Vortragskursus im Beginne des Lehrjahres abzuhalten; fraglich kann dann nur noch sein, ob die Vorträge bereits vor dem Anfang der praktischen Schulung abgeschlossen werden sollen, wodurch der theoretische Unterricht den thatsächlichen Character einer Vorschule gewinnen würde. Ein Vorzug der letzteren Anordnung würde darin liegen, dass die Zahl der Vortragsstunden bei Wegfall gleichzeitiger practischer Thätigkeit erheblich vermehrt werden könnte; indessen ist bei einer Verminderung des umfangreichen Lehrthemas auf 6—8 Wochen eine Entlastung der Lernenden mit Wissensmaterial zu befürchten; ausserdem würde die gesammte Ausbildungszeit um ca. 2 Monate verlängert werden. Ich möchte daher, wie auch früher bereits (Deutsche Krankenpf.-Zeitung 1898 pag. 11), dafür eintreten den theoretischen Unterricht gleichzeitig mit dem Eintritt in das practische Lehrjahr zu beginnen und so zu ermöglichen, dass die Pflegezöglinge schon während der systematischen theoretischen Unterweisung zu practischer Hilfeleistung am Krankenbette und zur Assistenz des bereits fertig ausgebildeten Personals herangezogen werden, damit auch auf diese Weise sogleich Vieles von dem im theoretischen Unterricht Vorgetragenen durch die greifbare Vorführung der practischen Wichtigkeit des Gegenstandes am Krankenbette besser eingeprägt wird. In den meisten Krankenpflegeanstalten wird auch in dieser Weise verfahren, und es werden die theoretischen Vortragsstunden während der ersten 3—6 Monate des practischen Jahres zu bestimmt festgesetzter Zeit (wöchentlich 4—10 Stunden) gehalten. An den Vorlesungen, die gewöhnlich in den Nachmittagsstunden abgehalten werden, um den Stationsdienst möglichst wenig zu beeinträchtigen, nehmen sämmtliche in der Ausbildung begriffene Pflegepersonen theil. Bei grösserer Anzahl der Schüler resp. Schülerinnen werden jähr-

schule des rothen Kreuzes in München (vgl. v. Wallmenich, *Sittliche religiöse Berufserziehung der Lernschwestern v. rothen Kreuz*. C. Hermann's Verlag. Berlin 1899) haben mit dem theoretischen Unterricht gleichzeitig eine Art allgemeinen Fortbildungs-Unterrichts verbunden und dem eigentlichen Krankenpflege-Cursus noch einen Unterricht im Rechnen, Schreiben, Schönschreiben, in hauswirthschaftlicher Thätigkeit etc. zugefügt. Die Berechtigung und die Vortheile dieses Verfahrens sollen nicht im Entferntesten verkannt oder unterschätzt werden, und im Interesse einer grösseren Ausgleichung hinsichtlich des Niveaus der allgemeinen Bildung bei den ja verschiedenen Kreisen entstammenden Neueintretenden Schülerinnen ist diese Einrichtung zweifellos aus mehreren Gründen werthvoll, aber immerhin darf man nicht vergessen, dass durch Aufhebung derartiger Gebiete der Umfang des Unterrichts, der ohnehin, wie wir sahen, in den letzten Jahren ganz erheblich vergrössert worden ist, immer mehr erweitert wird; so beträgt in München bereits die Gesamtdauer der Vorlesungsstunden ein volles Jahr bei wöchentlich 10 und täglich 2 Unterrichtsstunden. Andere Pflegeschulen beschränken sich auf den oben umgrenzten Lehrumfang und kommen dabei mit 3 bis 6 Monaten Unterrichtsdauer und wöchentlich 2 bis 3 mal 2 Vortragsstunden aus. In den Spezialkrankenanstalten mit nicht-genossenschaftlichem Pflegepersonal dauert der theoretische Unterricht gewöhnlich nur ca. 6 Wochen bei 2 mal wöchentlich stattfindendem 2 stündigem Unterricht; allerdings beschränken sich derartige Anstalten, denen in der Hauptsache darum zu thun ist, sich Personal für die eigenen Anstaltszwecke heranzubilden, noch meist auf eine speciellere Ausbildung in dem betreffenden Sonderzweige der Pflege thätigkeit z. B. Irrenpflege, Kinderpflege, Massage etc. Als durchschnittliche Dauer des theoretischen Unterrichts kann man, wenn sich derselbe eine allseitige und gründliche Belehrung in den genannten Gebieten zum Ziel setzt, etwa 6 Monate bei 2 mal wöchentlich 2 stündigem Vortrage rechnen.

Eine fernere Frage, die sich auf die Methodik des theoretischen Unterrichts bezieht, ist die, wer denselben übernehmen soll. In denjenigen Krankenanstalten, welche kein genossenschaftliches Personal ausbilden und verwenden, wird der Unterricht ausschliesslich durch die Anstaltsärzte ertheilt, welche ja gerade für eine Belehrung über das Gebiet der Krankenpflege die gegebenen und berufenen Lehrer sind. In manchen Anstalten unterrichten die Chefärzte selbst das auszubildende Personal; dieselben geben den theoretischen Unterricht in der Weise, dass der leitende Arzt der inneren Abtheilung in der Krankenpflege Ethik, den Hilfsfächern und der allgemeinen Krankenpflege Unterweisung ertheilt, während der leitende Arzt der chirurgischen Abtheilung sich des Unterrichts in der chirurgischen Pflege, in der Instrumenten-, Operationsdienst- und Verbandlehre sowie in der Lehre von der ersten Hilfe und vom Krankentransport annimmt. In Hinsicht auf die langjährige Erfahrung der Chefärzte wird sich diese Ordnung der Angelegenheit als besonders vortheilhaft erweisen. Da jedoch

er noch weiter zu erläutern. In Krankenpflegeschulen, welche den  
tenden Schülern bezw. Schülerinnen einen umfassenderen und ver-  
lenartige Specialgebiete berücksichtigenden Unterricht vermitteln, wird  
jedoch ausser den Hospitalärzten bisweilen noch andere ärztliche  
räfte heranziehen müssen, z. B. für den Unterricht in der Massage, in  
rankenkochkunst etc. In den Krankenpflegeschulen grösserer Städte  
dieser Unterricht an geeignete Specialärzte abgegeben zu werden,  
gens für diesen Zweck vom Curatorium verpflichtet werden. Es  
es hauptsächlich deshalb geboten, weil derartige Specialcourse ge-  
lich mit methodischen Uebungen verbunden sind, die die Zeit der  
ltsärzte in übermässiger Weise in Anspruch nehmen würden. Der  
r der Sache nach kann ja der Unterricht in solchen specialtech-  
en Fächern, wenn anders er gedeihlich wirken soll, kein rein theo-  
her sein, sondern es wird sich stets empfehlen sogleich im Anschluss  
ie das Gebiet behandelnden theoretischen Vorträge einige practische  
ngen anzuschliessen.

Ueberhaupt erscheint es zweckmässig zu betonen, dass, wenngleich  
theoretische Krankenpflege-Unterricht unserer Auffassung nach nur  
mehr vorbereitende, das Berufsgebiet zusammenfassende Bedeutung  
und dementsprechend als eine Art Einführung in die Pflgeethätigkeit  
sehen werden kann, es seinen Einfluss auf die Lernenden doch  
ntlich herabmindern würde, wenn man sich dabei gänzlich auf die  
lliche Unterweisung beschränken würde. Um angesichts des reich-  
gen und umfassenden Lehrstoffes, der in diesen Unterrichtscursen  
bracht werden soll, ein möglichst gutes Verständniss des Einzelnen  
ein ausreichendes Festhalten des Vorgetragenen zu erreichen, ist es  
g den theoretischen Fachunterricht in allen seinen Theilen, soweit  
der Lage der Sache nach geschehen kann durch eine geeignete





gekommen denken, wenn man, dass auch der Arzt sich  
erziehlischen Ausbildung der Pflegepersonen betheilige. Dass  
er erfahrene Aerzte den wichtigen erziehlischen Einfluss des  
hat unterschätzen, beweist der Umstand, dass sich in den besten  
ten verfassten Leitfäden der Krankenpflege stets auch ein  
ber die Krankenpflege-Ethik vorfindet. Dass es auch Aerzte  
che sich dafür entscheiden eine Betheiligung der Oberinnen an  
matischen Unterrichte der Pflegepersonen gänzlich abzulehnen,  
lgende Worte E. Aufrecht's: „Zur Erreichung des Zieles  
Ausbildung von Krankenpflegerinnen ausschliesslich den ärzt-  
tern von Krankenhäusern anvertraut werden. Nur der Arzt  
e Eigenschaften der Krankenpflegerin genau zu beurtheilen und  
iden, ob sie sich für die Krankenpflege eignet, er allein kann  
a rechten Platz stellen und die für den einzelnen Krankheits-  
nete Pflegerin auswählen; es wird einst unverständlich er-  
dass noch am Ende des 19. Jahrhunderts in überwiegendem  
berinnen oder Geistliche, welche Krankheit und Krankenbe-  
g nicht kannten, über Ausbildung, Anstellung und Vertheilung  
zenpflegerinnen in erster Linie zu bestimmen hatten“. (Anlei-  
Krankenpflege. Wien 1898. Hölder. pag. 6.). Wenn auch  
er sehr scharfe Standpunct Aufrecht's nicht überall Beistim-  
len dürfte, so weist er doch darauf hin, dass gegenwärtig in  
Kreisen eine Strömung vorhanden ist, dahin gehend, dass dem  
Unterricht und der ärztlichen Erziehung der heranzubildenden  
sonen bei der Fachschulung ein grösseres Uebergewicht zuge-  
rde. Jedenfalls erscheint es durchaus nothwendig, dass hin-  
des Lehrthemas der Krankenpflege-Ethik der ärztliche Einfluss  
der Oberin mit einander in zweckmässiger Weise handinhand-

bei, welche diesen Unterrichts-Fragen in letzter Zeit nähergetreten sind. Dennoch hat es seitens der Oberinnen auch nicht an Ansprüchen gefehlt, sich an dem fachtechnischen Unterricht gleichfalls zu betheiligen. So sehr wir aber die Mitwirkung der Oberin bei der practischen Anleitung während der Berufsausübung und während der Bethätigung insbesondere in der Privatpflege als dauernde Beratherin begrüßen und hochschätzen, so wenig können wir dazu hinneigen diese Forderung zu begünstigen und fachtechnische Theile des Unterrichts ohne Mitwirkung der Aerzte in die Hände der Oberin zu legen. Selbst E. Cohn, welcher letzthin diese Frage am eingehendsten behandelt hat, (l. c. pag. 1) und sich dafür ausspricht, den Unterricht in der Krankenpflege-Ethik gänzlich der Oberin zu vindiciren, hält entschieden daran fest, dass der gesammte fachtechnische Unterricht durch Aerzte erfolge.

Bereits weiter oben wurde es als wünschenswerth bezeichnet, den theoretischen Unterricht durch die anzuwendende Unterrichts-Methode möglichst zu beleben und dem Verständniss der Lernenden nahezubringen. Auch dass der Ton der Unterweisung sich dem durchschnittlichen Bildungs-Niveau der Pflegeschüler und -Schülerinnen, das für die betreffende Ausbildungsstätte in Betracht kommt, gut anpassen musste, wurde bereits hervorgehoben. Es erübrigt jedoch noch etwas eingehender zu betrachten, auf welche Weise die Belehrung an Anschaulichkeit und Eindringlichkeit gewinnen kann. Unter den wissenschaftlichen Hilfsfächern, deren grundlegende Lehren in den Rahmen des theoretischen Krankenpflege-Unterrichts hineingehören, steht Anatomie und Physiologie an erster Stelle. Da dieser Lehrgegenstand vornehmlich Ansprüche an das Gedächtniss der Lernenden stellt, so ist es sehr zweckmässig, das Haftenbleiben des Vorgetragenen dadurch zu unterstützen, dass man, wie bei dem gesammten theoretischen Unterricht soweit dies erreichbar ist, so auch hier die Anschauungs-Methode möglichst zur Geltung bringt, welche das Verständniss des Vorgetragenen wesentlich fördert und das Interesse der Hörer an dem Lehrgegenstand erhöht. Wie wir bereits, als von der Methodik des Unterrichts in der Krankenpflege-Ethik die Rede war, betonten, dass die Erörterung der verschiedenartigen Berufspflichten durch die Anführung zahlreicher prägnanter Beispiele aus der Praxis erläutert und belebt werden sollte, so halten wir es für sehr zweckmässig, bei der Besprechung der Lehre vom Körperbau des Menschen dieselbe durch Demonstrationen geeigneter Abbildungen, Wandtafeln, Modelle zu veranschaulichen. Gerade für die Zwecke des theoretischen Krankenpflege-Unterrichts sollte jede Krankenpflege-Schule eine je nach den zur Verfügung stehenden Mitteln grössere oder kleinere Lehrsammlung besitzen, welche die für die erwähnten Demonstrationen beim Unterricht nöthigen Hilfs- und Lehrmittel enthält. Die Vortheile, welche sich aus der Möglichkeit einer solchen Verbindung der theoretischen Vorlesungen mit der gleichzeitigen Vorführung concreter Objecte für den Unterricht ergeben, sind mannigfach, da sowohl das augenblickliche Interesse an der Sache, als auch die richtige Begriffs-

nt zu Gebote stehen, empfiehlt sich auch die Beschaffung einiger Modelle aus Wachs oder Papiermaché, welche trotz ihres schen Characters sich doch in Form und Farben an die natürlichen Objecte möglichst anlehnen und gegenwärtig in einer sehr kunstfeine hergestellt werden (vgl. P. Jacobsohn, Ueber d. theoret. nt i. Krankenpflegeschulen. Deutsche Krankenpfl.-Ztg. 1898. ). Diesen Forderungen Rechnung tragend, haben sich viele ngsstätten für Krankenpflegepersonen in der letzten Zeit in umrem Maasse die Beschaffung der genannten Lehrmittel für den chen Unterricht angelegen sein lassen. Auch von anderer Seite der hohe Werth derselben hervorgehoben. So sagt Benningder sich um die technische Ausgestaltung der Anschauungs- esonders verdient gemacht hat: „Ein reiner anatomischer Vor- ie jede Demonstration würde vollständig zwecklos, sein Resultat ull sein. Wer würde, um ein Beispiel anzuführen, im Stande a Nichtarzt das Herz und seinen Bau ohne jedes weitere Hilfs- o zu beschreiben, dass er sich danach eine einigermaassen Vorstellung davon machen könnte? Ich behaupte, das wäre möglich. Und wie klar hingegen, wie interessant erscheint dem sofort das ganze Bild, wenn er es an einem guten Modell vor nt. Die Namen der Klappen, Gefässe mag er wieder vergessen, te Vorstellung von dem, was er gesehen, prägt sich für immer Gedächtniss ein. Wichtig ist es, dass die dem Lehrer zur Ver- stehenden Unterrichtsmittel recht fleissig benutzt werden und bei und nach Schluss jeder Unterrichtsstunde jedem Schüler zugäng- l. Dies ist besonders dann erforderlich, wenn an den betreffenden eine grössere Anzahl Schüler theilnimmt, und das Modell, welches

richt vermeiden und es ihm unmöglich machen zu folgen. In der dritten Stunde kann sich dann der Unterricht über Herz und Kreislauf an die Hand eines Modells anschliessen. Zweckmässig werden mit der Demonstration der einzelnen Organe gleichzeitig Erläuterungen über ihre wichtigsten Functionen verbunden. Auf diese Weise wird am ehesten ein gutes Verständniss und ein leichtes Erfassen des Vorgetragenen erreicht. Zweifellos erweisen sich Modelle als Hilfsmittel des Unterrichts wirksamer als Abbildungen; sie haben für den hier in Betracht kommenden Zweck sogar entschiedene Vortheile vor natürlichen conservirten Präparaten, da letztere schwer erhältlich sind, sich nur verhältnissmässig kurze Zeit in den natürlichen Formen und Farben erhalten und zusammengeschrunpft nicht mehr zu gebrauchen sind. Mit Recht macht Benninghoven auch auf die angeborene Scheu, welche Nichtärzte vor dem Sichbeschäftigen mit Leichentheilen haben, aufmerksam; aus ähnlichen Gründen können wir auch die Theilnahme lernender Pflegepersonen an Sektionen nicht sehr befürworten. Abbildungen haben den Nachtheil, dass man sich nach ihnen keine hinreichende Vorstellung von Dimensionen machen kann, da sie gewissermaassen nur Durchschnitt darstellen und beim Anfänger manche Täuschungen veranlassen können; auch sind sie viel weniger dauerhaft als Modelle. Leider bildet der nicht ganz unerhebliche Preis guter anatomischer Modelle ein für die allgemeine Anschaffung entgegenstellendes Hinderniss. Von altem währtem Ruf sind die französischen Modelle; es werden jedoch jetzt auch in Deutschland ausgezeichnete anatomische Modelle hergestellt. Am besten, weil der Natur am ähnlichsten, aber zugleich auch die theuersten, sind Wachsmodele; Gips- und Papiermaché-Modelle sind etwas billiger. Am empfehlenswerthesten für den Krankenpflege-Unterricht sind die Modelle aus Papiermasse, da sie weniger leicht zerbrechen und besser zu transportiren sind; sie haben daher auch in den Krankenpflege-Schulen am meisten Verbreitung gefunden. Ein den Unterricht ergänzendes speciell für Krankenpflegepersonen berechnetes anatomisch-physiologisches Lehrbuch ist noch nicht vorhanden, doch enthalten die meisten Leitfäden der Krankenpflege eine zusammenhängende Darstellung über die hier in Frage kommenden Hilfsfächer, die zu Repetition ausreichen dürfte. Das die Anatomie gemeinverständlich behandelnde sehr verbreitete Buch von Bock ist nach mancher Richtung zu ausführlich; empfohlen wird auch das Büchlein von Ebenhöch und die anatomischen Abbildungen desselben Verfassers.

Für den Unterricht in der Gesundheitspflege können wir das vom kaiserlichen Gesundheitsamt herausgegebenen „Gesundheitsbüchlein“ (Berlin. Springer), das eine gemeinfassliche und klare Darstellung der Elemente der Gesundheitslehre enthält, und das im gleichen Verlag erschienene treffliche Buch von Sonderegger: „Vorposten der Gesundheitspflege“ als Ergänzung der theoretischen Unterweisung besonders empfehlen. Der theoretische Unterricht in der Krankenbeobachtung, wie schon berührt, nur als ein vorbereitender anzusehen und ist auf

che Ergänzung durch Uebung am Krankenbette selbst unmittelbar geschehen. Immerhin ist es auch bei der Behandlung dieses Lehrgegenstandes von wesentlicher Bedeutung, dass der Lehrer sich fortdauernd der Ueberzeugung verschafft, dass der Inhalt seiner Vorträge von den Schülern oder Schülern auch wirklich in geeigneter Weise aufgefasst und verstanden wird und in ihrem Gedächtnisse haften bleibt.

Zweck zu erreichen, empfehlen sich zwei Maassregeln, die bei jedem derartigen Unterricht vorzüglich zu bewahren sind.

Die erste besteht darin, dass am Anfang einer jeden nächstfolgenden Unterrichtsstunde der Lehrer zunächst an die Schüler oder Schülern eine Reihe von Fragen richtet, welche sich auf das in der vorhergehenden Stunde behandelte Unterrichtsthema beziehen; hierdurch wird der Schüler in die Lage, zu erkennen, ob und inwieweit das von ihm Gehörte auf fruchtbaren Boden gefallen ist, und ob ferner der Ton der Unterrichtsstunde ein dem Bildungsstandpunkte und dem Begriffsvermögen der Schüler entsprechender gewesen ist. Erst nach Klarstellung der Missverständnisse und irrigen Vorstellungen gelangt der Unterricht zu einem neuen Unterrichtsthema zur Besprechung gelangen. Die zweite Maassregel besteht darin, dass der Lehrer die Schüler auf-

fordert, ihm in jeder folgenden Unterrichtsstunde einen schriftlichen Aufsatz über das in der vorhergehenden Stunde Vortragene einzubringen. Die mehr oder weniger zufriedenstellende Art, in welcher diese Aufsätze ausgeführt werden, gestattet dem Lehrer nicht nur einen Einblick in die intellectuellen Fähigkeiten der einzelnen bezw. Schülerinnen, sondern die Abfassung dieser Aufsätze ist für die Facherziehung der Schüler selbst von grossem Vortheile, da sie dadurch in der Fähigkeit geübt werden, ihre Gedanken in präciser und knapper Form schriftlich zum Ausdruck zu bringen und das Wesentliche vom Unwesentlicheren zu unterscheiden. Eine solche Uebung muss besonders werthvoll erscheinen im Hinblick auf die Wichtigkeit guter und deutlicher Krankenberichte, welche der Arzt über die Zeit seiner Abwesenheit vom Krankenbette von den Schwestern fordern muss (P. Jacobsohn, a. a. O. pag. 32). Ein Nachtheil der Vorträge halten wir mit E. Cohn (l. c. pag. 7) für unnöthig, weil es die Schüler zur Unaufmerksamkeit verleitet und sie eigenen Nachdenkens überhebt, auch die erwähnten Vortheile der selbstständigen klaren Zusammenfassens und Wiedergebens in Verlust gehen, die sich durch eine Reihe von Generationen fortpflanzenden ererbten Dictathete sind mit ihren Lücken, Ungenauigkeiten und nichts weniger als erfreulich. Dass der Lehrer bei dem Unterrichte überall den richtigen Ton für seine Unterweisung findet, ist für den Erfolg des Unterrichts geradezu von ausschlaggebender Bedeutung. Die Aufgabe zu genügen, ist indess keineswegs leicht; man begreift wohl, wenn man erwägt, dass die Bildungsstufe der Schüler gewöhnlich bei diesen Cursen keine ganz gleichmässige ist. Schon aus dieser Unerfahrenheit in Bezug auf das Niveau der allgemeinen Vorbildung,

deren Beseitigung ja zweifellos einen sehr wichtigen Fortschritt in der Hebung des Krankenpflegeberufes darstellen würde, ergiebt sich für den Lehrer die Nothwendigkeit einer möglichst weitgehenden Individualisirung beim Unterricht. Es muss der Ton des Unterrichts stets eingerichtet werden, dass auch die weniger gebildeten Elemente der Zuhörerschaft demselben mit ausreichendem Verständniss folgen können. Der Lehrer muss sich bemühen, sowohl den Bildungsstandpunkt der einzelnen Schüler resp. Schülerinnen richtig zu erkennen, als auch bei denjenigen unter ihnen, deren Vorbildung sich in erheblicherem Maasse als lückenhaft erweist, durch eingehende und sorgfältige, besonders klar und oft wiederholte persönliche Auseinandersetzung mit den Betreffenden der mangelhaften Ausbildung der geistigen Fähigkeiten nachzuhelfen. Auch ist es nöthig, die Schüler eindringlich dazu aufzufordern, dass sie, falls ihnen irgend ein Punct dunkel geblieben ist, den Lehrer von selbst bitten, nochmals über den fraglichen Gegenstand eine genaue Erklärung zu geben.

Ein weiterer Punct der Unterrichts-Methodik, der der Beachtung nicht unwerth zu sein scheint, ist die Frage nach der zweckmässigen Verwendung gedruckter Lehrmittel. In erster Linie würden hierbei die zahlreichen Leitfäden und Lehrbücher in Betracht kommen, welche entweder das Gebiet der gesammten beruflichen Pflegethätigkeit oder aber nur bestimmte specielle Theilgebiete derselben mehr oder weniger eingehend in einer dem durchschnittlichen Verständniss der ärztlichen Hilfspersonen angemessenen Form und in systematischer Eintheilung behandeln. Die einschlägige Fach-Litteratur ist ziemlich reich an derartigen Lehrbüchern über Krankenpflege grösseren oder geringeren Umfanges, und insbesondere die letzten Jahre haben eine Anzahl treffliche und werthvoller gemeinverständlich gehaltener Bearbeitungen, meist aus der Feder erfahrener Hospitalärzte, gebracht, welche sich auch in besonderem Maasse als Hilfsmittel für im Krankenpflege-Unterricht noch nicht über persönliche Erfahrungen verfügende Aerzte bewähren dürften. Aber auch die ältere Fach-Litteratur hat sehr beachtenswerthe und vorzügliche Werke dieser Art aufzuweisen, welche zum Theil viele treffende und gediegene Rathschläge und Anweisungen aus dem Gebiete der Krankenpflege enthalten, die auch heute noch volle Geltung haben. Manche Ausführungen der älteren Lehrbücher freilich müssen naturgemäss jetzt als veraltet oder unvollständig angesehen werden. Von älteren Schriften, welche hier besondere Erwähnung verdienen, seien genannt: Dieffenbach, Anleitung zur Krankenwartung. Berlin 1832. — Florence Nightingale, Notes on nursing. London 1860. — Dieselbe, Rathgeber f. Gesundheits- und Krankenpflege, übersetzt von J. Niemeyer. Leipzig 1878. — Florence S. Lees, Handbuch für Krankenpflegerinnen, übersetzt v. P. Schliep. Berlin 1874. — Menck, Häusliche Krankenpflege. Berlin 1875. — Marie Simon, Die Krankenpflege. Leipzig 1876. — Courvoisier, Die häusliche Krankenpflege. Basel 1876. — Gedicke, Handbuch d. Krankenwartung, neu bearbeitet v. Ravoth. Berlin 1877. — Taschenbuch für Krankenpflegerinnen 1877.

me der zuletzt erwähnten Schriften sind dann später noch neu  
 gt und entweder vom Verfasser oder einem anderen Bearbeiter  
 rt und vervollständigt worden, so dass sie auch noch gegenwärtig  
 in Gebrauch sind. In besonderem Maasse gilt dies von dem  
 ichneten Billroth'schen Buche, das seit des Verfassers Tode  
 inem Schüler Gersuny herausgegeben wird und den Uebergang  
 neueren Fach-Litteratur bildet. Die neueren Lehrbücher und  
 en der Krankenpflege haben ihren Inhalt, entsprechend den tech-  
 Fortschritten und personellen Vervollkommnungen der letzten  
 heblich erweitert und so den gesteigerten ärztlichen Anforderungen  
 sen und Leistungen der berufsmässigen Pflegepersonen Rechnung  
 n. Von diesen neueren Schriften seien hier angeführt: M. Men-  
 n, Comfort d. Kranken. Berlin 1890. — L. Fürst, Die häusl.  
 enpflege, bes. des Kindes. Leipzig 1891. — F. Kiesewetter,  
 enpflege in der Familie. Troppau 1892. — E. Guttmann, Kran-  
 nst. Leipzig 1893. — Sick, Die Krankenpflege. Stuttgart 1893.  
 rix, Handbüchlein d. Krankenpflege. Paderborn 1893. — A.  
 , Anleitung f. Krankenpfleger. Würzburg 1894. — P. Wagner,  
 rrankenpflege im Hause. Leipzig 1896. — Salzwedel, Leitfaden  
 unkenwartung. Berlin 1896. — Eichhoff, Leitfaden f. d. Unter-  
 in d. Krankenpflege. Frankfurt a. M. 1896. — Witthauer, Leit-  
 für Krankenpflegerinnen in Krankenhaus und Familie. Halle 1897.  
 Lazarus, Krankenpflege. Handbuch f. Krankenpflegerinnen u.  
 ien. Berlin 1897. — E. Aufrecht, Anleitung z. Kranken-  
 . Wien u. Leipzig 1898. — Eschle, Abriss d. Gesundheits- und  
 enpflege. Freiburg 1899. — L. Pfeiffer, Taschenbuch d. Kran-  
 lege. Weimar 1900. — Rumpf, Leitfaden der Krankenpflege.  
 ig 1900.

ville, Manuel pratique de la garde-malade et de l'infirmière. Paris — Brunner, Grundriss d. Krankenpflege. Zürich 1901.

Von den in letzter Zeit erschienenen in deutscher Sprache abgefaßten Anleitungen zur Krankenpflege sind als in besonderem Maasse ausgezeichnet sowohl hinsichtlich der Art der Darstellung als auch der eingehenden Behandlung des Stoffes zu bezeichnen die Bücher von Salzwedel, Witthauer, Zarus, Aufrecht, Pfeiffer, Rumpf; die übrigen oben genannten Schriften sind kürzere, mehr in Form eines Grundrisses oder Leitfadens abgefaßt und vorwiegend zu Repetitionen geeignete Behandlungen des Gegenstandes.

Von Leitfäden, welche sich auf einzelne Specialgebiete der Pflege thätigkeit beziehen, nennen wir noch einige, die sich besonderer Beliebtheit erfreuen. Für die Irrenpflege: M. Toppel, Leitfaden zum Unterricht f. das Pflegepersonal an öffentl. Irrenanstalten. Berlin 1897. — R. Schröter, Belehrungen f. das Wartpersonal an Irrenanstalten. Wiesbaden 1897. — H. Schlöss, Leitfaden z. Unterricht f. das Pflegepersonal an öffentl. Irrenanstalten. Wien u. Leipzig 1898. — L. Schell, Leitfaden f. Irrenpfleger. Halle a. S. 1900. Für die Kinderkrankenpflege: Biedert, Kinderernährung im Säuglingsalter und Pflege Mutter und Kind. Stuttgart 1897. — L. Taussig, Ernährung und Pflege des Kindes bis z. Ende des 2. Lebensjahres. Wien u. Leipzig 1899. — F. Fischer, Das erste Lebensjahr in gesunden und kranken Tagen. Jena 1899. — Friedmann, Die Pflege und Ernährung des Säuglings. Wiesbaden 1900. Für die Wochenpflege: L. Pfeiffer, Regeln für die Wochenstube u. Kinderpflege. Weimar 1892. — B. Camp, Die Pflege d. Wöchnerinnen u. Neugeborenen. Bonn 1897. — H. Walther, Leitfaden z. Pflege d. Wöchnerinnen u. Neugeborenen. Wiesbaden 1898. Für die Badepflege und Massage: Granier, Leitfaden f. Heilgehilfen u. Massöre. Berlin 1898. — Derselbe, Die Heilhilfe. Leitfaden f. Bademeister, Heilgehilfen u. Krankenpfleger. Berlin 1899.

Für die Methodik des theoretischen Unterrichts ist die Frage von Bedeutung, ob man den Schülern bezw. Schülerinnen schon während der ersten Unterweisungszeit ein gedrucktes Lehrbuch der Krankenpflege in die Hand geben soll. Wir glauben diese Frage verneinen zu müssen in der Erwägung und Erfahrung, dass es besser ist, das Interesse der Schüler zunächst einzig und allein für die mündlichen Vorträge des Lehrers in Anspruch zu nehmen. Sie werden diesen Vorträgen mit grösserer Aufmerksamkeit und emsigerem Eifer lauschen, wenn sie nicht in den Stand gesetzt sind, ihre schriftlichen Aufzeichnungen über das in der vorhergehenden Lehrstunde Vorgetragene aus einem Buch in dem „das ja alles schon gedruckt steht“, abzuschreiben. Es dürfte das Interesse der Schüler während der Vorträge nicht dadurch gefördert werden, dass dieselben in der Lage sind, sich vorher auf eigene Hand und in unzweckmässigem Uebereifer mit weniger richtigem Verständniss das im Voraus durchzulesen, was der Lehrer in einer späteren Stunde vorzuführen beabsichtigt. Hieraus ergibt sich auch, dass es unzweckmässig ist, wenn der Lehrer sich bei s



ausgewählten technischen Lehrbuches der Krankenpflege kann den Lernenden hingegen nach Beendigung des Unterrichtscursus sehr zu Statten kommen, indem ein Solches ihnen sowohl Wiederholungen des gesamten Lernsumms erleichtert, als auch für sie einen zuverlässigen Rathgeber und ihrer weiteren practischen Bethätigung am Krankenbette abgiebt. Diese aus practischer Erfahrung gewonnenen Grundsätze gelten nicht nur für denjenigen Theil des Krankenpflege-Unterrichts, der die naturwissenschaftlich-medicinischen Hilfsfächer umfasst, als auch ganz besonders für den Unterricht in der eigentlichen Krankenpflege-Technik. Für den letzten Theil des geordneten Lehrganges kommt, wohl in noch höherem Maasse als bei den sonstigen Lehrthemen, die Anschauungsweise als wichtigstes und werthvollstes Hilfsmittel beim Unterrichte in Betracht. Wollte man sich bei der Behandlung des technischen Theiles nur darauf beschränken, die verschiedenen Handreichungen und Leistungen der Krankenpflege und die richtige Art ihrer Ausführung in trockenen Worten hintereinander vorzuführen, so könnte es nicht zu vermeiden sein, dass sehr Vieles von dem Vorgetragenen unverstanden wird und der Erfolg der Unterweisung sehr zu wünschen übrig lässt. Daher ist es gerade für diesen Theil der systematisch-geordneten Vorlesungen unbedingt erforderlich, sich in möglichstem Umfange der Anschauungsmethode zu bedienen, welche sich hier, da es sich fast ausschließlich um die Vorführung bestimmter Handgriffe und Methoden handelt, in weitestem Umfange zur Anwendung bringen lässt. Da die Technik der Krankenpflege, soweit sie in den Wirkungsbereich des Krankenpersonals fällt, und insbesondere die Ausführung der einzelnen Operationen bei den verschiedensten Erkrankungen im Wesentlichen immer dieselbe bleibt, so leuchtet es ein, dass dieselbe zu einem sehr

den Schülern und Schülerinnen sogleich beim theoretischen Unterricht die wichtigsten und am häufigsten gebrauchten Geräthschaften Krankenpflege, diese unentbehrlichen Hilfsmittel aller Krankenpflege-Technik, selbst vorgeführt und, soweit dies möglich ist, in ihrer Anwendung demonstriert werden. Durch dieses Verfahren wird das Interesse am Unterricht in ganz ausserordentlicher Weise gefördert und die richtige Auffassung der geschilderten Methoden bedeutend erleichtert. Wenn man einen Gegenstand sieht, ihn in die Hand nehmen kann, die Art seiner Verwendung eingehend zu betrachten in der Lage ist, so kann man sich ein viel deutlicheres Bild, eine viel richtigere und zutreffendere Vorstellung von ihm machen, als wenn man nur von ihm hört. Es muss daher als sehr wünschenswerth bezeichnet werden, dass die Lehrmittel-Sammlung für die Zwecke des theoretischen Unterrichtes deren Vorhandensein wir bereits als ein wichtiges Hilfsmittel bei der Unterweisung der Schüler bezeichnet haben, eine möglichst umfassende und reichhaltige Zusammenstellung der wichtigsten und bei der technischen Ausübung der Krankenpflege thätigkeit am häufigsten in Anwendung kommenden Geräte und Apparate enthalte. Wenn auch ein Kenntniss der so verschiedenartigen, für die Zwecke der Krankenpflege in Krankenanstalten und im Privathause geschaffenen technischen Vorrichtungen allmählich im practischen Krankendienste gewonnen werden kann, so ist es doch von erheblichem Vortheil, wenn die angehenden Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger gleich beim systematischen Unterricht einen Ueberblick über das im Arsenal der Krankenpflege zur Verfügung stehende „Rüstzeug“ erhalten. Heutzutage, wo mit besonderem Eifer an der Verbesserung der der Krankenpflege dienenden Geräthschaften gearbeitet und so manche vortreffliche Neuerung in dieser Hinsicht geschaffen wird, ist es besonders werthvoll für die Schüler die auf diesen Gebiete gemachten Fortschritte kennen zu lernen. Wie gross im einzelnen Falle der Umfang einer solchen Lehrsammlung für den theoretischen Unterricht zu bemessen ist, hängt in erster Linie natürlich von den diesen Zweck zu Gebote stehenden materiellen Mitteln ab. Da die grössere Anzahl der in der Krankenpflege zur Anwendung gelangenden Geräthschaften ziemlich kostspielig ist, insbesondere diejenigen umfangreicheren technischen Vorrichtungen, welche speciell für den Gebrauch in grösseren Krankenanstalten geschaffen sind, so wird in den meisten Fällen auf eine Anschaffung dieser Apparate und auf ihre Aufnahme in die Lehrmittel-Sammlung Verzicht geleistet werden müssen. Jedoch kann man sich in der Weise helfen, dass man diese technischen Vorrichtungen und Apparate entweder in Modellen, die in verkleinertem Maassstabe ausgeführt sind, beschafft, oder, wo auch dies nicht möglich ist, sie wenigstens in geeigneten und instructiven Abbildungen vorführt. Die kleineren Geräthschaften der Krankenpflege, insbesondere die täglich am Krankenbette zu den häufigsten Handreichungen erforderlichen Geräte müssen aber jedenfalls in der Lehrsammlung vertreten sein, namentlich aber diejenigen Krankenpflege-Utensilien, deren Beschaffung

für die Privatpflege oft mit zu den Obliegenheiten der Krankenpflegepersonen gehört. Es wurde bereits erwähnt, dass eine grosse Reihe von Handreichungen und Hilfsleistungen am Krankenbette, zu deren Ausführung es keiner besonderen Geräthschaften bedarf, bei Gelegenheit des theoretischen Unterrichts an den Schülern selbst, an geeigneten Reconvalescenten oder an einem Phantom zur Anschauung gebracht werden können. Was ein solches Unterrichts-Phantom für die Krankenpflege anlangt, so dürfte sich am meisten die Benutzung einer aus Holz getrockneten und mit Gelenken versehenen Puppe von der Grösse eines erwachsenen Menschen empfehlen, wie sie gegenwärtig in vorzüglicher Weise für derartige Zwecke hergestellt werden, aber auch billigere Phantome, mit Sägespänen oder Watte gefüllt und mit Segeltuch oder Gummistoff bezogen, können für den Unterricht nützlich verwendet werden. Bei dem Unterricht in der Technik der Arzneidarreichung und der Ausführung der diesbezüglichen ärztlichen Anordnungen durch das Pflegepersonal ist es ferner von Vortheil, wenn die verschiedenen besonders häufig zur Anwendung gelangenden Arzneiformen, wie Lösungen, Pillen, Pulver, Salben etc. gleich während des Unterrichts an Beispielen und Proben den Schülern vor das Auge geführt und in die Hand gegeben werden. Desgleichen empfiehlt es sich, während der theoretischen Vorträge über die Technik der Antisepsis und Desinfection den Schülern an Ort und Stelle nicht nur Proben der wichtigsten keimtödtenden Substanzen, sondern auch deren Verwendung zur Herstellung geeigneter antiseptischer Lösungen zu zeigen. Auch eine Vorführung der wichtigsten Verbandmaterialien und der besonders häufig gebrauchten chirurgischen Instrumente in natura ist bei der Behandlung der diesbezüglichen Lehrthemata sehr erwünscht. Um diesen letzterwähnten Bedürfnissen zu entsprechen, ist es zweckmässig, für den theoretischen Unterricht sog. Anschauungskästen zu verwenden (P. Jacobsohn), welche in übersichtlicher Anordnung Beispiele für die wichtigsten Arzneiformen, ferner eine geeignete Auswahl der verschiedenen antiseptischen Mittel, Verbandstoffe und Instrumente enthalten (vgl. Deutsche Krankenpfl.-Ztg. 1898. pag. 68). Was beim theoretischen Unterricht nicht in Wirklichkeit und in „Lebensgrösse“ vorgeführt werden kann, sollte wenigstens durch klare und deutliche Abbildungen erläutert und zu Verständniss gebracht werden. Auch von Zeit zu Zeit während des Unterrichtscursus zu unternehmende „Ausflüge“ in die verschiedenen Theile des Krankenhauses z. B. in den Operationssaal, die Verbandkammer, die Waschküche, den Desinfectionsraum etc. werden sich nutzbringend erweisen.

Den Lehrgang in der Krankenkochkunst empfiehlt H. Schlesinger so zu gestalten, dass sich sogleich an die rein theoretischen Vorlesungen, von denen etwa 3 oder 4 nöthig sind, practische Uebungen, die jedoch ebenfalls von theoretischen Erläuterungen begleitet sind, anschliessen. Die Schüler und Schülerinnen sollen zunächst im Hinblick auf die primitivsten Verhältnisse, wie sie beim einfachen Arbeiter und Tagelöhner vorliegen, belehrt werden, damit sie später in den verschiedensten Kreisen

in der Privatpflege ihre Kenntnisse verwerthen können. Sie sollen in der Linie lernen die allereinfachste Krankenkost zuzubereiten, und dabei der allergewöhnlichsten Herstellungsmittel zu bedienen: dann, Schlesinger mit Recht hervorhebt, ist es für Jemand, der z. B. den Reisschleim aus Reiskörnern zu bereiten versteht, ein ausserordentlich Leichtes, ihn auch aus Knorr'schem Reismehl herzustellen. Nachher folgen dann im Unterricht Zubereitungen der Getreidemehlschleimsuppen aus Mehlen und Mehlpriparaten (Oat meal, Quaker u. dgl.), vegetabilische Suppen (Obstsuppen), dann bei den Zubereitungen aus Fleisch Flaschenbouillon, Beef-tea, Fleischpurée, Fleischpulver, Fleischgelées, deren Herstellung den Pflegepersonen bekannt sein muss im Hinblick darauf, dass solche einfachen Componenten der Krankenkost zwar in der Grossstadt fertig bezogen werden können, auf dem Lande jedoch erst jedesmal aus den Rohstoffen selbst zu gewinnen sind: sodann folgen die Zubereitungen der Eier selbst und der einfachsten Eierspeisen (Eierweisswasser, Eierrahm). Für die Technik der Krankenküche ferner von grosser Wichtigkeit die zur Erfrischung und Labung der Kranken geeigneten Getränke (Brot-, Reis-, Gersten-Wasser, Limonade, Orangeade, Mandelmilch). Schliesslich ist es auch wünschenswerth, die Anwendungsweise der gebräuchlichsten diätetischen Präparate (Fleischpeptone, Fleischextracte, Somatose, Nutrose, Tropon etc.) vorzuführen, ebenso die Kindermehle und Kindernährmittel, deren Kenntniss und Anwendung für die Berufsthätigkeit in der Privatpflege besonders erforderlich ist. Bewährt hat sich beim Unterricht die Methode, dass die Schülerinnen jede Speise und jedes Getränk, das sie unter Leitung des Lehrers zubereitet haben, auch selbst kosten und probiren lässt: ist dies Verfahren wichtig, sowohl deshalb, weil sie dadurch lernen, wie die einzelnen Zubereitungen vor sich gehen müssen, wirklich schmackhaft zu sein, als auch deshalb, weil sie nur so gewisse Selbstständigkeit gewinnen, zu beurtheilen, worin sie bei der Herstellung einer Krankenspeise es etwa irgendwie noch haben lassen (vgl. Deutsche Krankenpf.-Ztg. 1898. pag. 107).

Am Schlusse dieser Erörterungen über die Methodik des systematischen Krankenpflege-Unterrichts noch einige Bemerkungen über die Fortbildung der bereits fertig geschulten Pflegepersonen. Ein Fortbildungs-Unterricht erscheint besonders für diejenigen Krankenpfleger und Krankenpflegerinnen geboten, welche in freier selbstständiger Weise die Krankenpflege als Beruf ausüben, ohne mit einer genossenschaftlichen Organisation in dauerndem Zusammenhange zu stehen, ferner auch für diejenigen Angehörigen einer Krankenpflege-Genossenschaft, welche längere Zeit hindurch hintereinander keine Hospitalthätigkeit ausgeübt haben, sondern während eines grösseren Zeitabschnittes ausschliesslich in der Privat- resp. Gemeindepflege, oftmals in weitabliegenden kleinen Orten, Verwendung fanden. Für die bezeichneten Categorien von Pflegepersonen ist es dringend nöthig, dass sie sich fortgesetzt in Bezug auf Wissen und Leistungsfähigkeit auf der Höhe des beruflichen Niveaus

an der Regelmäßigkeit im Krankenhaus folgt; hierdurch wird zu Niederauffrischung der Kenntnisse und zu einer Annäherung an Bildungsstätten der betreffenden Organisation Gelegenheit geboten. Und der jeweiligen Hospitalthätigkeit können alsdann die älteren ihnen zugehörenden Pflegepersonen an geeigneten Wiederholungs-  
kursen, welche durch die Anstaltsärzte abgehalten werden, theilnehmen, ab und zu veranlasst werden, den theoretischen Vorlesungen, in erster Linie für die neueingetretenen Zöglinge bestimmt sind, beizuhelfen. Ein ferneres, sehr wichtiges und wirksames Hilfsmittel, zur geeigneten Fortbildung der bereits fertig geschulten und im thätigen Pflegepersonen zu erzielen, bildet die Lectüre passender Fachschriften und vor Allem geeigneter periodischer Fachschriften. Es ist sehr wünschenswerth, dass von Seiten der Verbandsleitungen dafür Sorge genommen wird, dass jede Pflegeschule mit einer zweckmässig zusammengeordneten Fachbibliothek ausgerüstet ist, deren Bestandtheile auch denorts beschäftigten Verbandsmitgliedern leihweise zugänglich sind. In diese Zwecke in Frage kommenden Lehrbücher und Leitfäden der Krankenpflege sind bereits oben erwähnt worden. Von periodischen Fachschriften, die sich für das Pflegepersonal nach Ton und Inhalt eignen, sind zu nennen: 1. Die als Fachzeitschrift für die Gesamtschwestern des Krankenpflegeberufes 2 mal monatlich erscheinende, von Dr. A. Dietrich und P. Jacobsohn begründete und vom Verfasser redigirte „Deutsche Krankenpflege - Zeitung“ (Verlag E. Staude, Berlin). 2. Der Deutsche Kalender für Krankenpfleger und Krankenpflegerinnen. Jahrgänge 1899, 1900, 1901. Herausgegeben von G. Meyer. (Verlag C. Neumann, Neudamm, Frankfurt a. M.) 3. speciell für Irrenpflegepersonen: Die Irrenpflege. Monatsblatt zur Hebung, Belehrung und Unterhaltung des Irrenpflegepersonals. Herausgegeben von K. Alt. (Verlag C. Marhold.



zurufen, durch Betonung der gemeinsamen Berufsinteressen einen gangbaren Weg zu schaffen, in Verfolg dessen sich die vielfachen unerfreulichen Störungen und Zerklüftungen, die sich gerade noch in der Organisation des öffentlichen Hilfspersonals zeigen, hoffentlich allmählich werden überbrücken lassen.

### 3. Krankenpflege-Unterricht für Laien.

Bereits an mehreren Stellen dieses Werkes (so auf pag. 176 in den Krankencomfort behandelnden Capitel und auf pag. 272 des Abschnittes über die personelle Krankenwartung) ist kurz darauf hingewiesen worden, dass es in der Gegenwart nicht als hinreichend angesehen werden könne, wenn für eine vervollkommnete Belehrung Aerzte und der berufsmässigen Pflegepersonen über das Fachgebiet Krankenpflege Sorge getragen wird, dass vielmehr auch ein sich an die Kreise der Bevölkerung wendender öffentlicher Krankenpflege-Unterricht als ein im Interesse der allgemeinen Wohlfahrt sich gemachendes Bedürfniss betrachtet werden müsse. Das Verlangen nach einem Unterricht in der Krankenpflege, der für weitere Volkskreise stimmig ist, ist erst in den letzten Jahren mehr und mehr hervorgetreten und zwar ist die Anregung zu einer derartigen öffentlichen Belehrung vorwiegend von ärztlicher Seite ausgegangen, ein Umstand, der Zweifel seinen Grund darin hat, dass gerade die Aerzte sich in letzter Zeit in viel höherem Maasse als früher bewusst geworden sind, welche ungemein wichtige und wirksame Unterstützung sie für die Folge der Krankenbehandlung gewinnen, wenn die personelle Umgegend der Kranken für die Pflege in geeigneter Weise vorbereitet ist, ihnen mit besserem Verständniss zur Hand gehen kann. Um die Forderung eines öffentlichen Krankenpflege-Unterrichts zu begründen, wenn für Personen ertheilt wird, die die Krankenpflege nicht als ihren eigentlichen Lebensberuf ansehen, ist es nöthig, sich zu vergegenwärtigen, die Gesamtsumme berufsmässiger Krankenpflege, wie sie in der Gegenwart der Bevölkerung zur Verfügung steht, trotz des gedeihlichen Fortblühens der zahlreichen sich auf diesem Gebiete bethätigenden Organisationen und Vereine, doch numerisch in keiner Weise ausreicht, das durch die enorme Zahl von überhaupt vorkommenden Erkrankungen entstehende Pflegebedürfniss zu befriedigen. Ganz naturgemäss ist es unmöglich und wird in absehbarer Zeit auch unmöglich bleiben, einem jeden schwerer erkrankten Individuum seitens einer vollgeschulterten Berufspflegerin im Hause wird Beistand geleistet werden können. wäre dies eine ideale Forderung, die sich im practischen Leben verwirklichen liesse, und auch ohne jede therapeutische Schädigung der Kranken unerfüllt bleiben kann; denn für den thatsächlich unbemittelten Theil der Bevölkerung ist, wie heute allgemein von sachverständiger Seite anerkannt wird, die häusliche Pflege gar nicht einmal als die einfachste und zweckmässigste anzusehen, weil die unvermeidliche Beschränkung der materieller Beziehung der ausreichenden Entfaltung der Pflegemittel

nthalt im Krankenhause schon ein wesentlicher Bruchtheil häus-  
ege für die unbemittelte Bevölkerung in Fortfall, so wird das  
s nach einer solchen noch weiterhin in weitgehendem Umfange  
Institutionen der ambulanten Armen- und Gemeindekranken-  
deckt, deren Organe in den grösseren Gemeinwesen die öffent-  
spitalfürsorge in wünschenswerther Weise ergänzen, in kleineren  
n und auf dem platten Lande aber, wo die Krankenanstalten  
leicht zu erreichen sind, das hauptsächlichste Hilfsmittel für die  
e Krankenfürsorge darstellen. Auch für eine immer mehr sich  
ommnende personelle Krankenfürsorge für den besser situirten  
er Bevölkerung wird in ausgiebigem Maasse durch die vielen  
relche die Krankenpflegethätigkeit berufsmässig und als Erwerbs-  
streiben, gesorgt. Trotz alledem aber bleibt auch heute noch,  
ich vielleicht in geringerer Ausdehnung als früher, der perso-  
rankenpflege durch die eigenen Angehörigen des Kranken in  
ohnung ein weites Feld offen. Diese Art der Krankenpflege,  
man wohl am besten als „häusliche Krankenpflege“ oder  
miliäre Krankenpflege“ bezeichnet, war in vergangenen Zeitläuften,  
noch nicht ein so mannigfaltiges geschultes Berufspflegepersonal  
Privatpflege zur Verfügung hatte, zumeist die einzige, deren sich  
nker, der in seiner Wohnung darniederlag, zu erfreuen hatte, und  
gethätigkeit wurde von den nächsten Verwandten in Beweisung  
tschaftlicher Zuneigung und Verpflichtung als eine naturgemässe  
e übernommen, der man oblag, so gut man es eben verstand.  
reilich hat der wohlhabende Kranke, wenigstens in den grösseren  
1. die Möglichkeit besonders fachlich vorgebildete Pflegepersonen  
e Familie heranzuziehen und sie an Stelle oder zur Unterstützung  
berrenden Angehörigen zu verwenden. Dennoch sehen wir, dass

gegebene Pflegerin und Behüterin ihrer Kinder, deren aufblühendes Leben sie beschützt, in gesunden wie auch besonders in kranken Tagen darstellt, hat auch jetzt noch seine volle Berechtigung, und es dürfte ausserordentlich viele Personen geben, die sich den gekennzeichneten engsten Verwandtschaft entspringenden Pflichten und Liebesdiensten unter keinen Umständen entziehen möchten und eine innere Befriedigung darin erblicken, dass sie sich ihren Angehörigen in Krankheitstagen nützlich machen können. Aber auch der Kranke hat ein begründetes Interesse daran, an dem Bestehen solcher auf den Banden familiärer Zusammengehörigkeit beruhender Fürsorge festzuhalten, und man begegnet in den verschiedenartigsten Bevölkerungskreisen recht häufig Personen, welche die Krankenpflege durch Angehörige als die willkommenste und ersichteste erscheint, ja, man trifft auch öfter auf Kranke, welche sich sogar natürlich in Folge eines ganz unberechtigten Vorurtheils, hartnäckig weigern, den Beistand einer Berufspflegeperson in Anspruch zu nehmen, weil sie sich unter der Obhut der Ihrigen besser behagen. Nicht selten bedarf es erst eines nachdrücklichen ärztlichen Hinweises, dass die lange Dauer und Schwere der Erkrankung im gegebenen Falle die Leistungsfähigkeit der Verwandten übersteige, um den Kranken zum Aufgeben seines Vorurtheils zu veranlassen. So wenig es nun zwar gerechtfertigt erscheint, dass ein Kranker, besonders, wenn keinerlei materielle Hindernisse vorliegen, bei längerer schwerer Erkrankung die von Ärzten für erforderlich gehaltene Zuziehung einer tüchtigen Berufspflegeperson zurückweist, so darf man andererseits als Begründung solchen Verhaltens nicht übersehen, dass viele Kranke eine gewisse Scheu gegen körperliche Hilfen an sich durch ihnen fremde Personen vornehmen lassen, und die nöthigen Handreichungen am Krankenlager gern von den nächsten Angehörigen ausgeführt sehen möchten, in dem Glauben, dass Letztere mit ihren Gewohnheiten und den zu ihrer Behaglichkeit notwendigen Erfordernissen durch den jahrelangen innigen Zusammenschluss besser vertraut sind. Kann nun auch vom ärztlichen Standpunkt aus solcher irrigen Meinung nicht beigespflichtet werden, weil es klar ist, dass berufsmässige, längere Zeit in Hospital- und Privatpflege ordnungsgemäss geschulte Pfleger und Pflegerinnen dem Kranken wie dem Arzt besser und zweckmässiger zu Hilfe gehen können als die nächsten Angehörigen, welche sich oft genug wegen ihres ungeeigneten Temperamentes und anderer sie für den Pflegedienst nicht qualificirenden Eigenschaften trotz vorhandenen guten Willens nicht ausreichend zeigen, verdient immerhin auch der rein menschliche Standpunkt eine gewisse Berücksichtigung. Zudem giebt es ja auch in der That viele Erkrankungen in der Familie, wo die Fähigkeiten und Leistungen der Angehörigen genügen, um dem Kranken die erforderliche Pflege zu schaffen. Handelt es sich um sehr langwierige und schwere Krankheiten, so wird sich die ausnahmslose Beihilfe einer Berufspflegeperson deshalb als ganz unvermeidlich herausstellen, weil hier einfach die körperlichen und geistigen Anstrengungen, die die Pflege erfordert,



in den Familienkreis, wenn er auch nur ein vorübergehender ist, günstig. Schliesslich kann es auch bisweilen mangels genügend iger Pflegekräfte an einem Orte überhaupt schwierig sein, ge- e Pflegehilfe zu erlangen. Es sind diese Sätze keineswegs rein theore- Ueberlegungen, sondern sie beruhen auf practischen Erfahrungen, i Leben gewonnen sind. Neben alledem beansprucht auch der Um- keine ganz unwesentliche Bedeutung, dass die ausserordentlich ichen Vorurtheile und falschen Vorstellungen, welche sich gegen- noch in Bezug auf Kranksein und Krankenpflege in allen Schich- er Bevölkerung bei den Laien, auch den gebildeteren, vorfinden, sich unangenehm bemerkbar machenden Hemmschuh für die Er- der ärztlichen Thätigkeit und Krankenbehandlung darstellen, und las den ärztlichen Anordnungen gegenüber in den Familien zu Tage de mangelhafte Verständniss oftmals eine irrationelle und verkehrte dlung des Kranken im Gefolge hat, die für den Kranken von er- hem directen Schaden sein kann und thatsächlich oft dazu führt, aus leichten und unbedeutenden Erkrankungen schwere und lang- e Gesundheitsstörungen werden.

aus diesen Betrachtungen erhellt auf das Deutlichste, dass einer- auch heute noch die Vervollkommnung der häuslichen (intrafamiliä- Krankenpflege als ein wichtiges Bedürfniss der Bevölkerung anzu- ist, andererseits sich die Nothwendigkeit ergiebt, geeignete Mittel Wege zu benutzen, um eine solche Verbesserung zu erreichen. Was Noth thut, ist eine verständige Aufklärung und Belehrung des m Publicums über die fundamentalsten Grundsätze moderner Krankenpflege durch einen zwar elementaren, aber doch geordneten lichen Unterricht, der in die Hände geeigneter, bewährter und er-

und nicht weniger enthalten, als der Sachkenner für die Laienbelehrung als erforderlich ansehen muss, indem die meisten Lehrbücher und Kaffäden über Krankenpflege, von denen weiter oben die gangbarsten geführt wurden, in erster Linie für das fachliche Niveau berufsmässiger Pflegepersonen berechnet sind und daher fast ausnahmslos zu viel Stoff enthalten und zu viel als bekannt voraussetzen, sodass man glaubt, sie möchten in der Hand des Laien durch Verleitung zur Selbstpfuscherei und zum Besserwissenwollen dem Arzt gegenüber verwerflich sein. Sodann aber wirkt eine directe mündliche Belehrung durch geeignete Vorträge und Unterrichtscurse viel nachdrücklicher und eindringlicher als die gelegentliche Lectüre eines Buches, die ohnehin nicht allzu häufig vorgenommen wird. Den wirklich geeigneten Schriften derart ist natürlich eine viel weitergehende Verbreitung zu wünschen, als dieselben thatsächlich haben; auch zum Nachschlagen und Wiederholen dürften solche Werke von zweifellosem Nutzen sein. Während es aber eine wünschenswerthe Controlle hinsichtlich der Lectüre natürlich in den Familien unmöglich ist und der ärztliche Einfluss so weit reichen kann, ist es durchaus erreichbar, die angedeutete Belehrung durch persönlichen ärztlichen Unterricht in zweckmässigster Weise durchzuführen. Aber dieses müsste, um eine ausgiebige Wirkung zu haben, auf grossem Maasstabe geschehen; sowohl die grösseren Städte als die kleineren Orte bedürfen einer Einrichtung, die gestattet die Grundlehren der Krankenpflege in das Innere der Familie hineinzutragen. Das Dringlichste wäre es ja, wenn von Seiten der staatlichen oder Gemeindebehörden die Organisation eines öffentlichen Krankenpflege-Unterrichts in geeigneter Weise in die Hand genommen würde; die Sache selbst ist wichtig genug, um von massgebendster Seite eifrig gefördert zu werden. Auch würden sich gerade der Einführung eines öffentlichen Krankenpflege-Unterrichts in den schon durch die sachlichen Erfordernisse gezogenen Grenzen keine nennenswerthen materiellen Schwierigkeiten entgegenstellen. Aber, solange eine solche von den öffentlichen Behörden direct organisirte Belehrung der Bevölkerung auf diesem ihr Wohlbedingenden so intim tangirenden Gebiete nicht Statt hat, ist es zum wenigsten eine unabweisbare und lohnende Aufgabe einflussreicher Vereins-Organisationen diese Lücke in der öffentlichen Krankenfürsorge auszufüllen. Wir würden es hier mit einer Erweiterung resp. Ergänzung derjenigen Bestrebungen zu thun haben, wie sie zuerst für das Gebiet der „ersten Hilfe“ auf Anregung von Esmarch Platz gegriffen und im Deutschen Samariter-Bund und den zahlreichen Samariter-Vereinen eine so weitgehende Förderung erfahren haben, und es würde der öffentliche Krankenpflege-Unterricht auch ein Gegenstück bilden zu dem öffentlichen Elementarunterricht in der Gesundheitspflege, wie er in den letzten Jahren bereits von Seiten verschiedener gemeinnütziger Vereine ins Leben gerufen wurde. Der Einzelne ist ja naturgemäss nicht in der Lage, auf dem genannten Gebiete eine durchgreifende Thätigkeit und Wirksamkeit zu entfalten; hierin bedarf es durchaus des Zusammenschlusses einer grösseren Anzahl

gehalten wurden, so lehnte bis vor kurzem noch ganzlich die in der  
Allgemeinheit an derartigen Bestrebungen. Die Aerzte selbst  
Gesammtheit und ihre wissenschaftlichen Führer verhielten sich  
altend, weil die Befürchtung nahe lag, es könnte bei der noch  
den practischen Erfahrung in diesen Dingen und bei der mög-  
lichst richtigen Handhabung des Unterrichts leicht die ohnehin die  
behandlung schwer schädigende Kurpfuscherei gefördert werden.  
Auch ein vom Verfasser in der Deutschen Gesellschaft für  
die Gesundheitspflege im Jahre 1895 vorgelegter Plan zur Orga-  
nisation des öffentlichen Krankenpflege-Unterrichts, zunächst für Berlin,  
in dem bereits einschlägige practische Maassnahmen enthalten waren,  
erhielt nicht diejenige Unterstützung von maassgebender Seite, welche  
die dortige Inangriffnahme der Durchführung erwarten lassen konnte.  
Aber wohl fand in der Folge der Gedanke eines öffentlichen Kranken-  
pflege-Unterrichts immer mehr Anklang. Auf der 1896er Gewerbe-Aus-  
stellung zu Berlin wurden mehrere Vorträge aus dem Gebiete der Kran-  
kenpflege gehalten, die im Publicum lebhaftes Interesse erregten. Auch  
eine vom rothen Kreuz und andere humanitäre Genossenschaften  
zur Unterweisung von Laien in der Krankenpflege näher; aller-  
dings wurde Seitens dieser Organisationen Werth darauf gelegt, die Mäd-  
chen und Frauen, welche am Unterricht theilnahmen, in mehrmonatlichen  
Kursen hauptsächlich in der Kriegskrankenpflege, im Krankentransport  
und in der Krankenpflege auszubilden, um sie im Kriegsfall als geeignete frei-  
willige Helferinnen verwenden zu können. Andere Vereine, z. B. der  
Diakonie-Verein, suchten durch einen bis zu 1jähriger Dauer fort-  
dauernden und sich auch auf Krankenpflege erstreckenden Diakonie-Unter-  
richt hauptsächlich auf die Frauenwelt einzuwirken und Charaktereigen-  
schaften, wie bürgerliche Leistungsfähigkeit der Frauen zu stärken

pflege-Unterricht, der zur Zufriedenheit ausfiel. Eine Anzahl bewährter ärztlicher Kenner des Krankenpflegewesens wie v. Leyden, M. Mendelsohn, E. Dietrich, G. Meyer u. A. sprachen sich in der Folge ebenfalls günstig bezüglich des Vorhabens aus, dass weiteren Kreisen ein elementarer Unterricht in der Krankenpflege ertheilt werde. Für die Einbeziehung des Krankenpflege-Unterrichts in die Lehrfächer der oberen Schulklassen traten erste schulhygienische und pädagogische Autoritäten wie z. B. Kotelmann, Burgerstein ein, sodass in nächster Zukunft wohl mit Sicherheit die Bestrebungen nach dieser Richtung eine erheblich grössere Ausdehnung gewinnen werden. Hinsichtlich des öffentlichen Krankenpflege-Unterrichts für Erwachsene beginnen sich gerade in letzter Zeit gute Chancen für eine umfassende und wirksame Ausgestaltung günstiger zu gestalten, seitdem der jüngst begründete „Deutscher Verein für Volkshygiene“ diese Art öffentlicher Belehrung und Aufklärung in sein Programm aufgenommen hat. Die von genanntem Verein letzthin unter Beihilfe eines unter v. Leydens Leitung stehenden wissenschaftlichen Comité's in Berlin veranstalteten öffentlichen Unterrichtscurse über häusliche Krankenpflege, die einen sehr erfreulichen Erfolg gehabt haben, ermuntern entschieden zu einem weiteren Verfolgen des hier betretenen Weges zur Mitarbeit an der gesundheitlichen Wohlfahrt der Bevölkerung.

Zum Schlusse mögen noch einige Bemerkungen über die innere Organisation des öffentlichen Krankenpflege-Unterrichts hier Platz finden. Als Lehrkräfte fungiren am besten erfahrene Aerzte; am geeignetsten zur Ertheilung derartigen Unterrichts sind solche Aerzte, welche vermöge ihrer Lebensstellung als Leiter von Hospitälern, Lehrer an Krankenpflegeschulen oder Medicinalbeamte eine besonders eingehende Kenntniss des Krankenpflegewesens besitzen. Eine gewisse Auswahl hinsichtlich der Lehrkräfte scheint gerade mit Rücksicht darauf geboten, da dieser Unterricht in geeigneten Händen eine sehr heilsame und förderliche Wirkung ausüben vermag, bei unvorsichtiger Handhabung jedoch erheblichen Schaden stiften kann. Der Unterricht soll nicht nur dazu dienen, die bereits berührten falschen Vorstellungen der Bevölkerung über Kranksein, Krankenpflege und Krankenbehandlung zu beseitigen und zu rectificiren und dem Kranken selbst so eine zweckmässige Fürsorge zu verschaffen, sondern er soll zugleich auch den Aerzten eine wirksame und erleichternde Unterstützung in ihrem schwerem Berufe bilden, indem er in weiten Kreisen den Werth der ärztlichen Leistungen in geeigneter Weise vor Augen führt und das Verständniss für eine sachgemässere Ausführung der ärztlichen Verordnungen fördert. Er stellt sich dar als eine nothwendige Ergänzung derjenigen mehr sporadischen Belehrung, welche der im gegebenen Krankheitsfalle hinzugezogene Arzt der Familie Theil werden lässt, und die heutzutage nicht mehr als völlig ausreichend wie in früheren Zeiten, angesehen werden kann, weil es den behandelnden Aerzten oftmals zu eingehenderen Belehrungen über die Erfordernisse der Krankenpflege an Zeit mangelt, weil ferner das Geschick derartigen Unterweisungen ein individuell sehr verschiedenes ist, indem

t jeder kenntnisreiche Arzt zugleich auch über ein geeignetes Lehr-  
 nt verfügt, und schliesslich weil heutzutage die Gepflogenheit, dass  
 elbe Arzt längere Zeit hindurch die Familie in allen vorkommenden  
 kheitsfällen beräth, nicht mehr so häufig beobachtet wird als in  
 unger Zeit. Als ein geeigneter Ort für die Abhaltung solcher  
 krankenpflegecursen sind vornehmlich bekannte, leicht erreichbare öffent-  
 lich Räumlichkeiten (Sitzungssäle in öffentlichen Gebäuden, Hörsäle von  
 Universitätsinstituten) zu bezeichnen, möglichst im Interesse des  
 haltens materieller Schwierigkeiten Räume, welche von den Ben-  
 n im Hinblick auf die Gemeinnützigkeit der Veranstaltung unent-  
 h überlassen werden. Den Unterricht in den öffentlichen Kranken-  
 ten abzuhalten, womit vor Kurzem in Paris ein Versuch gemacht  
 n ist, dürfte sich weniger empfehlen, weil erstens die meisten  
 tälern an der Peripherie der Städte, also nicht so leicht erreichbar  
 n sind, sodann aber auch damit gerechnet werden muss, dass es  
 viele Personen giebt, die dann eine gewisse Scheu vor dem Kran-  
 use von der Betheiligung an diesen Cursen abhalten würde. Im  
 gen lässt sich ziemlich Alles, was innerhalb des gebotenen Lehr-  
 ens eines solchen Unterrichtscursus liegt, leicht auch ausserhalb  
 Krankenhaus in hinreichend anschaulicher Weise vorführen und  
 Abbildungen, Modelle und Aehnliches erläutern; viele Handgriffe  
 n ja auch am Gesunden oder am Phantom demonstrirt werden.  
 darf nicht vergessen, dass es sich keineswegs darum handelt die  
 er (zumeist wohl Zuhörerinnen) zu vollkommenen Krankenpfle-  
 gen auszubilden, sondern der Unterricht muss durchaus einen  
 ntaren Charakter beibehalten. Von Wichtigkeit ist es, den Ton der  
 weisung richtig zu treffen. Vorausgesetzt werden kann bei solchen  
 ungen gar nichts; je klarer und einfacher die Darlegung, um so er-  
 eicher der Unterricht. Und andererseits soll er gerade Das und nur  
 ieten, was sich auf die Krankenpflege in der eigenen Familie be-  
 und der Fürsorge für die kranken Angehörigen dient; es kann so-  
 uch durch diesen Unterricht den Berufspflegepersonen, deren Feld  
 eingeengt wird, keine unerwünschte Concurrenz erwachsen. Am  
 sse eines Unterrichtscursus etwa Prüfung und Zeugnisertheilung  
 nehmen, halten wir für unrichtig; denn der Besitz eines solchen Zeug-  
 erst kann dazu dienen, den Berufspflegepersonen einen „un-  
 en Wettbewerb“ zu schaffen oder eine Förderung des Kurpfuschers  
 zu veranlassen. In grösseren Städten, wo die Lehrkräfte zahl-  
 r zur Verfügung stehen, wird man gut thun das gesammte Lehr-  
 um, dessen Inhalt sich in 10—12 Stunden ganz gut bewältigen  
 so zu vertheilen, dass jeder Arzt nur ein Vortragsthema über-  
 it, sodass die Zeit des Einzelnen durch die Veranstaltung also nur  
 eringem Maasse in Anspruch genommen wird. In kleineren Orten  
 es zweckmässig sein den Gesamtcursus in 2—3 Theile einzu-  
 en und dementsprechend nur wenige Lehrkräfte in Anspruch zu  
 en. Auf dem platten Lande empfiehlt sich die Abhaltung von

Unterrichtscursen (im Schul- oder Rathhause) durch Wanderredner, welche nach und nach die Orte eines oder mehrerer Kreise besuchen und dabei im Auftrage eines gemeinnützigen Vereins ihre aufklärende Mission ausüben. Was den Inhalt der zu einem Unterrichtscurse gehörenden Vorträge anlangt, so ist es wünschenswerth, dass sie gemeinverständliche Belehrung bieten über die wichtigsten Erfordernisse des Krankencomforts, des Krankentransports, der unter ärztlicher Leitung vor sich gehenden Krankenwartung, über das Verhalten bei ansteckenden Erkrankungen und die ersten Maassnahmen bei plötzlicher Lebensgefahr und Unfällen. Als die geeignetste Zeit zur Abhaltung der Vorträge können wohl die Abendstunden angesehen werden, da die Familienmitglieder, besonders auch der weniger bemittelten Volkskreise, am Abend weniger durch berufliche, wirthschaftliche, erzieherische etc. Verpflichtungen in Anspruch genommen sind. Als ein Vorbild für derartige öffentliche gemeinverständliche Unterrichtscurse über häusliche Krankenpflege fügen wir die Vortragseintheilung bei, welche sich bei den erwähnten in Berlin vom „Deutschen Verein für Volkshygiene“ veranstalteten Cursen, die aus 10 wöchentlich 1 mal stattfindenden Vorträgen bestanden, bewährt hat; die einzelnen Themata lauteten: 1. Krankenzimmer und Krankenbett. 2. Bericht an den Arzt über Beobachtungen am Kranken. 3. Die körperliche Pflege Kranker durch Familienangehörige. 4. Die Ausführung der häufigsten ärztlichen Verordnungen. 5. Die Pflege kranker Kinder. 6. Die Pflege von Wöchnerinnen. 7. Krankentransport. 8. Krankenfürsorge auf Reisen und erste Hilfe bei inneren Erkrankungen. 9. Das Verhalten bei ansteckenden Erkrankungen in der Familie. 10. Krankenfürsorge bei Verletzungen und erste Hilfe bei chirurgischen Erkrankungen. 11. Besuche beim Kranken, Krankenunterhaltung und psychische Krankenpflege. Die Dauer der Einzelvorlesung beträgt 1—1½ Stunden; Zeit: 8—10 Uhr Abends. Die Gewinnung der Lehrkräfte dürfte zumeist keine Kosten verursachen, da sich fast allwärts Aerzte befinden dürften, die den Unterricht freiwillig in Ansehung des guten Zweckes übernehmen; ihn für die Zuhörer ganz unentgeltlich zu gestalten, kann mit Rücksicht auf eine möglichst grosse Betheiligung wünschenswerth erscheinen, hat aber insofern wiederum ein Bedenken, als die Bevölkerung erfahrungsgemäss dazu neigt, ganz unentgeltliche Darbietungen auch keinen sehr hohen Werth beizumessen; immerhin will man das Entgelt für diesen Unterricht zweckmässig so niedrig bemessen, dass es kein Hinderniss des Besuches für die unbemittelten Theilnehmer bilden kann. In grossen Städten können bei genügender Betheiligung in verschiedenen Stadtvierteln Parallelcursus stattfinden. Als durchsich erwünscht und als eine weitergehende Consequenz dieser Bestrebungen für die Zukunft ist ferner die Einführung eines regelmässigen Unterrichts in den obersten Classen der Schulen, insbesondere der Mädchenschulen über häusliche Krankenpflege und (im Anschluss an dieselben) in der Fortbildungsschulen in Erwägung zu ziehen.

## **Fürsorge auf dem Gebiete des Kranken- transportwesens.**

Von

**Dr. George Meyer in Berlin.**

Krankentransportwesen ist erst in neuerer Zeit mehr in den Blick und des Interesses gerückt worden, als man erkannte, dass einestheils zur Krankenpflege und andererseits zur Gesundheit wichtige Beziehungen darbielte. Auch unsere Betrachtungen sich wesentlich nach diesen beiden Gesichtspunkten zu gruppieren, welche zuerst von mir in dieser wohl von einander zu scheiden- dem aufgestellt worden sind. Die wenigen Andeutungen über den und aus früheren Zeiten beziehen sich naturgemäss hauptsächlich auf das Verhältniss des Krankentransportes zur Gesundheitspflege, dessen Ausführung mit Rücksicht auf die Krankenpflege neueren ist, als man begann in der gesammten Sorge um den Kranken der die ihr gebührende Stelle einzuräumen.

Krankentransport, die Beförderung eines kranken Menschen von einem Ort an einen anderen, stellt häufig den Beginn der Sorge um den Kranken, den Anfang seiner Pflege, dar. Es zeigt sich dies besonders bei einem Menschen, welcher durch eine plötzlich einwirkende Ursache, sei es einen Unfall oder eine Erkrankung fern von einer Heimat in einen hilflosen Zustand versetzt ist. In den ältesten Zeiten geschah die Beförderung einer solchen Person in sehr einfacher Weise, indem dieselbe, wie wir in den alten Klassikern lesen, durch mehrere Personen fortgetragen wurde, oder indem man den Kranken auf einen Handwagen und ein Gefährt auflud, auf welchem derselbe dann zu weiterer Beförderung gebracht wurde. Nach genannter Hinsicht, also in Bezug auf die Krankenpflege, stellt die Beförderung des Kranken einen Theil der jetzt von von Leyden als „Krankencomfört“ bezeichneten Krankenpflege dar, indem mit letzterem die für den Kranken besonders bestimmten Handleistungen und die hierfür angege-

benen und erforderlichen Geräthschaften gemeint werden, welche Gesunden gewöhnlich — weil nicht erforderlich — nicht zu Anwendung gelangen.

Die der Person des Kranken bei der Beförderung selbst geltende Sorge ist besonders bei einigen plötzlichen Erkrankungen und Verletzungen wesentlich. Bekannt ist das Beispiel von dem einfachen Knochenbruch, welcher bei einer nicht zweckmässig ausgeführten Beförderung des Verletzten zu einem complicirten werden kann, indem durch Erschütterungen, welche der Verunglückte durch ungeeignetes Tragen durch schlechte Beförderungsmittel oder durch Wegschaffung auf holprigen Wegen erleidet, die Knochenenden sich durch die bisher unversehrte Haut hindurchbohren und so einen offenen Knochenbruch herbeiführen, dessen Heilungsbedingungen naturgemäss viel schlechtere sind als des einfachen Knochenbruches. Ferner ist die Sorge um die Beförderung des Verletzten selbst bei denjenigen Erkrankungen, welche bei „Erster Hülfe“ hauptsächlich Interesse erregen, wichtig, also bei Verletzungen aus verschiedenen Organen, den Lungen, Magen, Gebärmutter, Gehirn, Nieren. Dass hier Erschütterungen das Leiden des Kranken ganz erheblich zu verschlimmern geeignet sind, liegt auf der Hand, daher man auch häufig äussern hört, dass Kranke dieser Art sich nicht zur Beförderung eignen. Man wird natürlich unter Verhältnissen, wenn ein vorläufiges Verbleiben eines solchen Kranken an dem Orte gestattet ist, wo er erkrankte, mit der Beförderung so lange warten, bis ein Eintritt neuer Blutungen nicht mehr zu befürchten ist. Anders aber verhält es sich dann, wenn der Betreffende sich an einem Orte befindet, sein weiteres Verweilen nicht möglich ist, also an einer Arbeitsstelle, in einem Betriebe oder auf der Strasse. Von einer solchen Stelle muss der Kranke fortgebracht werden, und gerade für diese Verhältnisse müssen die betreffenden Beförderungsmittel und -wege nach Möglichkeit eingerichtet bzw. aufgesucht werden. Weiterhin sind bei verschiedenen Erkrankungen beim Transport eines Patienten wesentlich, bei welchen Durchbrüche von Blut, Eiter oder Steinen in ein anderes Organ zu befürchten sind. Hierher gehören vor allen Dingen die verschiedenen Leiden im Bereiche des Gehirns, der Verdauungswerkzeuge, besonders des Magens, des Darmes, der Leber und Gallenblase, ferner die Erkrankungen im Bereich der Harn- und Geschlechtsorgane, der Blase, Nieren und bei Frauen verschiedene Krankheiten der Gebärmutter, Eileiterstöcke und Eileiter.

Eine hervorragende Aufmerksamkeit erheischt der Transport von Kranken mit Affectionen, welche den Kopf betreffen, nicht nur Verletzungen ins Gehirn, sondern auch Schädelbrüche. Es sind für solche Kranken ganz besondere Massnahmen angegeben worden, um dieselben möglichst schonend zu transportiren. So hat man bei den letzten beiden Gruppen von Kranken betont, dass man während der Dauer des Transportes durch eine Person den Kopf halten lassen solle, was bei Beförderungen auf der Eisenbahn ausgeführt worden ist. Ich



lichen Verfahren nicht beistimmen, weil eine Person auf längere Kopf des Kranken gar nicht zu halten im Stande ist. Bereits in kurzer Zeit werden die Hände des Haltenden müde, und wenn in Fällen nicht für einen ausreichenden Ersatz durch eine recht zahl von Gehülfen gesorgt ist, wird sogar noch mehr geschädigt werden. Wir werden bei der Beschreibung der einzelnen Mittel und -arten auf ähnliche Verhältnisse einzugehen haben. Ergiebt sich also, dass bei vielen Erkrankungen und Unglücksfällen eine sichere und bequeme Beförderung des Patienten ein ganz anderer Werth zu legen ist; und so ist gerade bei der ersten und beim Rettungswesen das Verhältniss des Krankentransport- zur Krankenpflege hervortretend und wird daher in meinem Aufsätze über „Rettungswesen“ noch genauer zu besprechen sein.

Die Gesundheitspflege ist aber das Krankentransportwesen von ausserordentlicher Wichtigkeit. Ist die Person eines Kranken in erster Linie berücksichtigt, welche ja stets bei allen Vorfällen der Krankenfürsorge in den Vordergrund des Interesses zu treten, so kommt dann in zweiter Linie die Sorge für die nähere Umgebung des Kranken in Frage, welche besonders bei schweren Krankheiten einzutreten hat. Hier zeigt sich in hervorragender Weise die vorbeugende Thätigkeit des Arztes. Der Arzt hat eine gleich bedeutende Aufgabe in der Behandlung der Einzelnen in der Verhütung der eventuellen Uebertragung der Krankheit auf die Umgebung des Kranken und weiter auf die Allgemeinheit. Vorkehrungen, welche unsere jetzige Wissenschaft in dieser Richtung an die Hand giebt, hat er im Einzelfalle anzunehmen und sich auch nach den Vorschriften zu richten, welche in der Absicht von den Behörden nach dem neuesten Standpunkte der Wissenschaft erlassen sind. Nach solchen Maassnahmen ist besonders die Beförderung des Kranken einzurichten. Der beste Arzt, auch derjenige, welcher nur einmal einen Kranken sieht, muss aus irgend welchen Gründen die Ueberführung des Betreffenden an einen anderen Orte bestimmen, hat genau auch für diesen Theil der Krankenpflege Anordnungen zu treffen und nach den vorhandenen Umständen die für den Einzelfall richtig erscheinende Beförderungsart sowie die nähere Ausführung anzugeben. Mit dem alleinigen Rath an die Behörde, einen Kranken nach einem Krankenhause zu bringen, sollte der Arzt niemals begnügen, sondern für jeden Fall auch darlegen, auf welcher Weise der Transport zu geschehen hat, denn er trägt auch einen Theil der Krankenbehandlung die Verantwortung.

Es kommen also beim Transport zunächst alle diejenigen Fälle in Betracht, welche für die Sicherheit und Bequemlichkeit des Kranken selbst von Werth sind, und dann ferner alle Maassnahmen, welche im Interesse der Verhütung der Weiterverbreitung einer Krankheit zu ergreifen sind, welche vor allen Dingen den behördlichen Ver-

fügungen Rechnung tragen und die Sicherung der Allgemeinheit betreffen, wie bei der Pest, Cholera, Gelbfieber, Pocken, und ferner auch solche Maassregeln, welche besonders für die nähere Umgebung des Kranken bedeutungsvoll sind, und erforderlich werden, ohne dass sie behördliche Bestimmungen direct erlassen sind, z. B. bei der Ross dem Keuchhusten. Seit kurzer Zeit erst besteht im Deutschen Reich ein Gesetz, welches die betreffenden Verhältnisse bei ansteckenden Erkrankungen nach einheitlichen Grundsätzen regelt. Bemerkenswerth sind die Ausführungen des verdienstvollen Vorkämpfers auf hygienischem Gebiete Graf Douglas, im Preussischen Abgeordnetenhaus, welcher bei der ersten Berathung des Gesetzentwurfes betreffend die Dienststellung des Kreisarztes und die Bildung von Gesundheitscommissionen am 21. April 1899 folgendes betonte:

„Nun komme ich noch auf eine Frage, die nothwendig berührt und endlich auch geregelt werden muss, wenn wir dem Volke alle die Wohlthaten erweisen wollen, die man ihm auf diesem Gebiete erweisen kann und muss, wenn wir es möglich behüten wollen vor allen unsanitären Einflüssen, das ist eine Bekämpfung der gemeingefährlichen Krankheiten. Ein derartiger Gesetzentwurf ist im Reichstage zweimal nicht zu Stande gekommen, vielleicht aus Gründen, die für das preussische Abgeordnetenhaus nicht maassgebend sein dürften, um ebenso zu verfahren. Ich will hier nur kurz eine Stelle aus den Motiven verlesen:

Die Reichsverwaltung musste sich in einzelnen Fällen gelegentlich bei Cholera auch zu einem Eingreifen entschliessen, dessen verfassungsmässige Berechtigung nicht ganz ausser Zweifel war, auch nicht überall ohne Anstand geblieben ist. Wenngleich es auf diesem Wege glückliche Erfolge gibt, für die unmittelbare Bekämpfung der Cholera an den Ausbruchsorten zweckentsprechende Anordnungen herbeizuführen, so bringt doch ein solches Verfahren einen Zeitverlust mit sich, der bei der Eilbedürftigkeit der Abwehrmaassregeln in hohem Maasse unerwünscht ist und ihrer Wirksamkeit leicht Abbruch thun kann.

Wenn wir unser Eigenthum auf das äusserste geschützt sehen, so muss ich stehen, es wird die höchste Zeit, dass wir vor solchen Gefahren, die die Unsicherheit wie uns an Gesundheit und Leben bedrohen, behütet werden. Ganz recht sagt Robert Koch: es ist nicht schwer, einen Funken, der auf ein Strohdach fällt, auszulöschen, aber es ist ungemein schwer, das Feuer auszulöschen, wenn das Haus voll in Brand steht. Wenn uns ein äusserer Feind angreift, sind wir in einer Weise gerüstet, dass der letzte Soldat und der letzte Krankenpfleger genau weiss, auf welcher Stelle er gehört, und wir sind unserer Regierung gewiss ausserordentlich dankbar für diese Vorsicht. Wie steht es aber auf diesem Gebiete beim Einbruch einer Seuche? Da müsste sich, wenn wir genügend scharf vorgehen und ausreichende Maassregeln haben wollten, die Hohe Staatsregierung und der Bundesrath schliesslich machen müssten Gesetze ausarbeiten, es müssten die Parlamente einberufen werden und die könnten die Gesetze schliesslich in Kraft treten. Da giebt man der Seuche in diesen Zweikämpfen doch einen sehr bedenklichen Vorsprung“.

Nicht viel später, am 30. Juni 1900, wurde das „Gesetz betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten“ erlassen, dessen Bestimmungen sich in der Hauptsache gegen Aussatz, Cholera, Fleckfieber, Gelbfieber, Pest, Pocken richten. Für die anderen ansteckenden

Im Jahr 1900 vom Bundesrath gewählt wurde, auch ein Ausschuss unter-  
gesehen ist, dessen Aufgaben sind: „Heilwesen im Allgemeinen  
besondere Unterbringung, Behandlung und Beförderung von  
en, Angelegenheiten des Heilpersonals“. Die Krankenbeförderung  
er also als besonderer Arbeitsgegenstand genannt.

Es ist von besonderem Interesse, dass die frühesten Erwähnungen über  
lerung erkrankter Personen, wie bereits eingangs bemerkt, ziemlich  
n Datums sind, und dass sich dieselben eigentlich nur auf die Be-  
ug des Krankentransportes für das Allgemeinwohl beziehen. Das  
nicht Wunder nehmen, weil ja in den Zeiten, wo sich die ersten  
tungen über die Wichtigkeit der Krankenbeförderung finden, zum  
noch die ältere Ansicht maassgebend war, dass der Kranke nur  
was anzusehen, was zunächst seiner Umgebung Gefahr bringe,  
aher aus dieser zu entfernen sei. In den alten nur der Absperrung  
den Seuchenhäusern war von einer eigentlichen Krankenbehand-  
oder gar Krankenpflege nur sehr wenig oder auch gar nicht die  
da man glaubte, genügend gethan zu haben, wenn man bewirkt  
dass die unglücklichen Kranken anscheinend nicht mehr durch ihre  
heit schaden könnten. Trotzdem die frühesten Bemerkungen über  
eförderung der Kranken aus einer viel späteren Zeit stammen, in  
er ein milderer Geist die gesammte Anschauung über das Wesen  
ansteckenden Krankheiten zu klären begonnen hatte, beziehen sich  
ben dennoch eigentlich nur auf die Verhütung der Verbreitung einer  
heit auf Gesunde durch Benutzung von solchen Beförderungsmitteln,  
ie vorher dem Transport ansteckender Kranker gedient hatten.

Wohl die ersten überhaupt bekannten Verordnungen über die Be-  
rueg von kranken Personen finde ich in einer Pestordnung der

sein Ampt in Abholung der Krancken:

Erstlichen soll er verbunden sein, alle vnd jede Krancken auss ihren zuholen, und selbige so sie anderst so starck sein um das Brechhauss von f leiten: oder wo sie was matt vnnnd schwach, neben ihnen hergehn: So sie kranck, dass sie nicht gehen köndten, soll er bey nächtlicher weil selbige Mägden einer oder mehr in einem darzu bereitten Sessel, bey tag aber in eir deckten Karch holen, vnd alssbald daselbsten helffen zu Bett legen, vnnnd ihne andern gebürlich abwarten: Doch soll er kein einigen Menschen an ernä führen, oder bringen, er habe denn von selbigen ein darzu gewidmet Zeich von den Doctoribus durch den Einbieter befelch empfangen; In alweg aber in Führung der Krancken, deren Gassen vnd Strassen da am meisten wandel un verschonen; auch nit vil geschwätz vnd geschreys auff den Gassen machen, still vnnnd verschwigen sein.

In derselben Schrift ist auch dargelegt

Underbrechenschers Ampt.

Zugebnen Brechenscherer belangend. Dessen Wohnung in der al-Eich Ampt.

Den andern zugebnen Brechenscherer belangendt, soll er sein Wohnung alten Eych beym Hirschbad haben; unnd gleichförmigen Staats mit dem and leben; vsser dem, dass er an gewissen von den Doctoribus erlaubten Tag baden unnd schrepffen, so wohl auff der Seegmühl als Brechhauss, und anderi Unnd in begebenden fällen, auff der Herren Stättrechner Gn. Befelch sich Herrschaft solle gebrauchen lassen. Dann ob wol jederzeit ein Scherer zu lingen darzu bestellt worden; so ist dannoch die versehung zuthon, dass, wo die weitentlegne Flecken unnd Dörffer nit nottürfftiglich versehen köndte, als erstgedachter Brechenscherer mit genugsamer Instruction von den verordneten ribus abgefertiget, oder durch deren einen praesentirt werde.

Hauptsächlich war also in diesen Verfügungen die Furcht vcr Kranken für die Umgebung vorherrschend. Der Pflege der erkr Person wurde kaum gedacht.

Zeitlich zunächst habe ich aus dem in meinem Besitz befind Material, welches in Bezug auf die einschlägige Literatur wohl das haltigste überhaupt vorhandene ist, einer Pestordnung von Adam Lebenwaldt vom Jahre 1695 Erwähnung zu thun.

Im vierten Capitel des ersten Theiles, welches die Uebers „Status civilis et academicus“ führt, findet sich ein

Extract, aus der Infections-Ordnung, welche aus Befehl der Glorwū Kayserlichen Majestät Ferdinandi III, Anno 1646 in der Lands-Fürstlichen Re und Haupt Stadt Grätz im Hertzogthum Steyermarck ist publiciret worden, theils benannte Stadt Grätz betreffend.

Unter No. 12, überschrieben: „Hausvätter, Hausmütter, Einw sind Bestimmungen, welche grosse Aehnlichkeit mit denen des P schen Regulativs haben. Es heisst No. XI:

„Wenn in einem Hause jemand ungewöhnlich kranck wird, wann es gleich anfalliges zu seyn scheint, soll er ohne Consens des Gesundheits-Directori Wohnung nicht verändern, sondern wo er kranck worden, verbleiben, oder die von der Obrigkeit bestimmte Oerter bringen lassen.“

Es ist auch vonnöthen, dass eigene und genugsame Fuhrleute, nach Gestalt  
bestellt werden, welche mit bedeckten Wägen, die Pestkrancke ins La-  
führen, und diese sollen neben denen Beschauern ihre gewisse Wohnung

Die „Ordnung der Krancken und Leichenträger“ No. VI heisst im  
laut:

„Die Krancken und Leichenträger, welche zu ordentlichen Leichtragen bestellt  
sollen sich bey Leibs-Straff zu tragung keiner verdächtigen, oder inficirten,  
an der Pest gestorbenen Person gebrauchen lassen, welche auch zu den Verdäch-  
gestellt werden, sollen keine wissentliche Inficirte tragen, und diese auch nicht  
wann sie auf den Gassen gehen, sollen sie zu einen Kennzeichen einen weissen  
tragen. auch bey Leibes-Straff sich, und ihre Leut in keiner Menschen versamm-  
einfinden. Die an der Pest verstorbene Leute seyn entweder auf den darzu be-  
sten Kirch-Hof oder auf die darzu bereitete oben gedachte Wege zutragen, und  
hiese meine müssen auch gewixte Kleider anhaben, sich täglich mit Essig waschen,  
praeservativ Artzneyen gebrauchen. Die Krancken, welche nicht Kräfte haben,  
in ihren Betten in das Latzareth getragen werden, oder in die, für sie bereitete  
en, darzu etwas reine Wesch mit nehmen, welche dem Inspectori des Latzarets  
ustellen, wer einen Kranken, oder Leich etwas abnimmt, der soll am Leib ge-  
ft werden, sie sollen auch ohne des Gesundheits-Directoris Willen in kein Haus  
en. und bey Leibes-Straff jemand daraus tragen.“

Das Verbot der Beförderung von Kranken in eine andere Wohnung,  
ches oben ausgesprochen ist, besteht auch im Preussischen Regulativ  
ansteckende Kranke. Ferner ist auf die „gewixten“ Kleider der  
ankenträger hinzuweisen, aus deren Erwähnung hervorgeht, dass man  
reits vor mehr als 200 Jahren die Nothwendigkeit besonderer Anzüge  
Krankenträger anerkannte, welche leider heute noch nicht in allen

„Diesen wurde durch ein Decret der Befehl ertheilet, niemand Kranke Standts und Würde der auch immer sein möchte, in einem Sessel tragen zu

Für die Kranken waren besondere Sessel vorgesehen, wie sie folgenden Darlegungen ergibt:

„Mittler Zeit, als dies geschah, begunte das Uebel zuzunehmen, und zahl der Kranken sich zu vermehren, so, dass den 24. May, dreysig verdächtig kranckte, theils in dem Lazareth ankommen, theils hieher in denen hierzu allein verfertigten, und um und um ganz bedeckten, und numerirten schwartzen durch die zum tragen verordnete Siech-Knecht gebracht worden: Mit solchen menen oder in Sesseln überbrachten Kranken, wurde es also gehalten: Die ankommende, oder von gesunden Personen (welche man aber dessentwegen in die Contumaz verwies) dahin geführte Krancke wurden bey dem Einlaufs Clausur von dem Thorsteher befraget: Ob sie Kranckheit wegen in das Lazareth gehrten? (dann denen Gesunden und Verdächtigen war aller Auss- und I ohne Ausnahme, gänzlichen verboten) wann die nun sich angemeldete Person lassen zu werden verlangte, müste sie zu mehrerer Versicherung ihrer Aussa denjenigen Beschau-Zettel vorzeigen, welchen sie von dem, auf dasigen Ort, allwo sie wohnhaft war, aufgestellten Beschauer (als von welchem sie beschauet, und ob sie auch in das Lazareth gehörig seye, müste unterrichtet seyn) erhalten hatte: Bey denen schwachen Personen aber, welche in Sessel gebracht wurden, verrichteten solches die mitgekommene Träger oder Siech mit Vorzeigung dergleichen Beschau-Zettels.

Jetzt-gedachter Infections-Sesseln war eine ziemliche Anzahl, welche dieser Zeit ganz neu verfertigt wurden: So wohl in der Stadt, als vor der wurden selbe in besonderen Orten aufbehalten, wohin alsdann diejenige müsten, welche dergleichen vonnöthen hätten.“

Es waren also damals bereits in Wien eigene Krankentransporte in Gebrauch, welche an bestimmten Plätzen eingestellt waren, ist diese Bemerkung die erste, welche ich gefunden, in welcher von sonderen Transportmitteln für ansteckende Kranke die Rede ist.

Das jetzt wohl in den meisten Grossstädten bestehende Verfahren Beförderung ansteckender Kranker in Fuhrwerken, welche dem öffentlichen Verkehr dienen, hat gleichfalls in einer alten Preussischen Verfügung eine Vorgängerin. In derselben wird sogar den Fuhrwerk jede Beförderung von Kranken in ein Krankenhaus verboten. Es

#### Königliche Declaration über das Fiacre-Reglement Sub Dato Berlin, den 8. April 1740.

Seine Königliche Majestät in Preussen u. s. w., Unser allergnädigster haben in Gnaden gut gefunden, dass unterm 16ten Januarii a. c. durch d bekannt gemachte Fiacre-Reglement in verschiedenen Stücken zu erklären, : und zu schärfen, solchergestalt, dass

1) zu besserer Aufnahme des gantzen Werks, statt der sonst geordneten vor die erste Stunde, inskünftige vor dieselbe Acht Gr. bezahlet, im übrigen bey den alten Sätzen ohne Unterschied belassen, und ein mehreres, bey d gesetzten Straffe, keineswegs genommen.

2) Dass so wenig Eximirten als Professions-Verwandten, sich ferner u

in der Stadt um Lohn zu fahren, es seye Stundenweiss, halbe oder gantze Tage, und nur bey Confiscation Wagen und Pferde.

3) Dass auch selbst hiesige Fuhr-Leute weiter nicht befugt seyn, Hochzeits-Fahren zu übernehmen, sondern dieses den Fiacres schlechterdings überlassen sollen, wobey dann Seiner Königlichen Majestät allergnädigster Wille ist, dass die Zahl der letzteren vermehrt und derselben zur Bequemlichkeit der Fremden und Einheimischen, je länger je mehrere angeleget werden sollen.

Dahingegen seynd die Fiacres schuldig, jedermann mit aller Höflichkeit zu beggnen, entweder selbst zu fahren, oder hierzu tüchtige Knechte, die der Strassen wohl kundig seyn, keineswegs aber Jungens oder Kinder zu gebrauchen, für deren Reglement-mässiges Betragen zu stehen, sich zu rechter Zeit auf denen angewiesenen Plätzen einzufinden, auf denselben ohne Ausnahme zu futtern, auch die Wagen in beständig gutem Stand und sauber zu halten: wobey denselben bey Vestungskrafte untersaget wird, nach der Charité, oder Lazareths, Krancken zu bringen, Leichen zu führen, oder denselben mit den Fiacres zu folgen, am allerwenigsten nach dem Zapfen-Streich gemeine Soldaten und Unter-Officiers einzunehmen und von einem Ort zum andern zu bringen: Dafern sie aber nieder Vermuthen durch Drohungen darzu sollten gezwungen werden, müssen sie bey der ersten Wache stille halten, solches dem Wachhabenden Officier melden, welcher dann den eingenommenen Soldaten oder Unter-Officier arretiren und zur genauen Untersuchung und Bestrafung, dem Chef des Regiments ungesäumt davon Nachricht geben soll. U. s. w.

Chrkundlich haben Seine Königliche Majestät diese Declaration Höchsteigenhändig unterschrieben und mit Dero Königl. Insiegel bedrucken lassen.

Berlin, den 8. April 1740.

Fr. Wilhelm.

(L. S.)

Weitere ältere in Preussischen und Deutschen Landestheilen erlassene Vorschriften über die Beförderung kranker Menschen sind in den verschiedenen Verboten der „Krüppelfahren“ niedergelegt. Man verstand unter solchen den Transport kranker und gebrechlicher Armer von einer Dorfgemeinde zur anderen. Dieselben wurden nach Augustin oft Veranlassung zu einem grausamen und höchst nachtheiligen Umher-schleppen der Kranken. Eine Gemeinde fuhr den auf ihr Gebiet kommenden Kranken auf das der folgenden, diese wieder auf ein anderes, und so fort, bis oft der Kranke starb. Nicht selten wurden durch diese Krüppelfahren ansteckende Krankheiten verbreitet, und ein solcher Fall war es, der z. B. in der Kurmark zu dem Verbote der Krüppelfahren mit Kranken in folgendem Rescripte des K. Generaldirectorii an die Krm. Kr. und Dom. Kammer Anlass gab:

Friedrich (etc.). Es wird Euch ohne Zweifel bereits bekannt geworden seyn, wie in den Altmärkischen Dörfern Lichterfelde und Ferchlip sich eine bösartige Krankheit ausbreitet hat, wodurch viele Menschen weggerafft worden, welches Unglück, den eingekommenen Nachrichten zufolge, dadurch verursacht ist, dass ein fremder kranker Mensch, der in dem Lichterfeld'schen Krüge gelegen, von da nach Ferchlip und dann nach Wollschlag mit Krüppelfahren transportirt und auf diese Art sozulebte Krankheit ausgebreitet worden, überdem auch durch die von den Wundärzten zu sehen und Werben angewandten unrecchten Mittel und unzeitiges Aderlassen

einige Menschen dem Tode überliefert seyn sollen. Bei so bewandten Umständen ist es denn wohl nöthig, dass mit denen, durch die Krüppelfuhren zu transportirenden, bedenklichen Kranken mehrere Präcautionen als bisher geschehen, genommen und, anstatt dass die Dörfer durch dergleichen Fuhren sich von den ankommenden Patienten nur zu entledigen suchen, und solchergestalt die armseligen Menschen auf viele Meilen in den kläglichen Umständen, mithin auch ein epidemisches Uebel zugleich mit herumgeschleppt wird, die bedenklichen Kranken gleich in die nächste Stadt, wo ein Arzt befindlich ist, abgeliefert, oder wenn ein Medicus in der Nähe, derselbe zu deren Hülfe auf das Dorf heraus berufen oder doch consultirt werde, wobei es sich jedoch von selbst versteht, dass die für die einen in die Stadt gebrachten kranken Menschen vom Lande erforderlichen Kosten, welche aus der Kämmerei vorzuschüssen sind, aus der Kreiskasse derselben wiederum derselben erstattet werden müssen. Damit nun hierunter um soviel mehr allem Uebel, vorgebeugt werden möge, so befehlen Wir Euch hierdurch allergnädigst, den Land- und Steuerräthen der Kurmark auf vorberührte Art gemessene Auflage zu thun und erstere zugleich wiederholentlich anzuweisen, gehörig darauf zu sehen und zu halten, dass den unermögenden, so in den Dörfern auf eine gefährliche Art erkranken, die benötigten Arzneimittel an Kosten der Kreiscasse gereicht werden müssen.

Berlin, den 2. März 1772.

Dieses Verbot des Umherschleppens dürftiger Kranker durch Krüppelfuhrwerk wurde nach folgendem Directorial-Rescript vom 26. Jun 1793 in der Kurmark durch eine Circular-Verordnung an die Kreise hörden vom 8. August 1793 erneuert:

Fr. W. — Uns ist vorgetragen worden, was Ihr ad Rescript: vom 19. April a. c. über die von der General-Landarmen- und Invaliden-Verpflegungs-Direction, in Ansehung der von Euch in Antrag gebrachten, auf die Contraventionen gegen das Verbot der Krüppelfuhren zu bestimmenden Strafen, und des Transports der auf der Reise erkrankenden Armen gethanen Vorschläge, unterm 8. hujus, berichtet habt. Und wie wir Eurem Gutachten, wie, bei abgeschafften Krüppel-Fuhren, Arme, die auf der Reise erkranken, dass sie zu Fuss nicht weiter fortkommen können, und so wohl Pflege als Hülfe bedürfen, dahin, wo sie solche erhalten können, fortzuschaffen sind, Unserm Beifall geben; so wird solchem nach hierdurch festgesetzt, dass derjenige Schulze, der in solchem Fall die erste Krüppel-Fuhren giebt, mit Vier Thlr. jeder der folgenden Schulzen aber, der die weiteren Krüppel-Fuhren giebt, mit zwei Thlr., oder respectivem verhältnissmässigen Gefängniss, Magistrate, Gerichte, Obrigkeiten und Beamten aber, die dergleichen Fuhren zu geben verfügen, mit Acht Thlr. bestraft werden sollen. Weil jedoch in Nothfällen, dergleichen erkrankte Arme, die den Transport ertragen, dahin, wo sie Hülfe haben können, fortzuschaffen nothwendig ist, so soll: 2) die Fortschaffung von dem Orte, wo der Arme erkrankt ist, mit Vorspann ins nächste Dorf, und solchergestalt von da weiter von Dorf zu Dorf geschehen. Da ferner in solchen Fällen mehrentheils periculum in mora vorhanden ist: so werden 3) die Landräthe hierdurch autorisirt, alsdann die Vorspann-Pfand unverzüglich und ohne Anfrage zu ertheilen, demnächst aber durch Euch die Authorisation zur Justification des Vorspanns nachzusuchen. 4) Die Vergütung dieser Vorspannungen geschieht in den associirten Kreisen und wenn dieselbe Kranke auf solchen Kreisen betreffen, welche zum Land-Armen-Hause zu bringen sind, bekanntlich massen aus der Landarmen-Casse, sonst aber und überhaupt in den nicht associirten Kreisen aus den Kreis-Cassen, ohne die Marsch- und Molestien-Casse damit zu beschweren. 5) Dieser Vorspann ist, wie schon erwähnt, zu bewilligen, wenn ein Ar



Chirurgus geholet, auch der Transport so lange ausgesetzt werden, bis solcher Gefahr geschehen kann, worauf besonders die Obrigkeit des Orts, oder derjenige selbst ihre Stelle vertritt, zu sehen hat. 8) Ereignet sich in einem nicht associirten Kreise der Fall mit einem, auf der Reise dergestalt, dass solche zu Fuss nicht transportirt werden kann, erkrankenden Armen in einer Stadt; so muss derselbe in eine Kammerei, wenn sich daselbst ein Arzt oder Chirurgus befindet, verpfleget werden. Ist aber der Fall so beschaffen, dass ein Armer zur Charité gebracht werden soll, und derselbe nicht gehen, doch den Transport ertragen kann; so muss derselbe aus der Stadt, oder durch dieselbe gleichfalls auf Kosten der Kammerei zum nächsten Dorfe zur weiteren Fortbringung geschafft, und davon demselben zugleich zur Ertheilung eines Vorspann-Passes Nachricht gegeben werden. Steht es sich von selbst, dass der Kranke, wenn er des Vermögens ist, die Kosten erstatten, sonst aber mit solcher Erstattung es so gehalten werden muss, wie die Landesgesetze es bestimmen. 10) Wegen des Transports der invaliden Soldaten zur Charité verbleibt es bei demjenigen, was durch das Rescript vom 9. Mai 1793 verfügt worden. Ihr habt hiernach die Land- und Steuerräthe, und durch dieselben die Magisträte und Gerichts-Obrigkeiten, zu ihrer eigenen Achtung, und zur Anweisung an die Bürgerschaften, und Dorfgemeinden zu instruiren.  
Berlin, den 26. Juni 1793.“

Aus dem gleichen Jahre stammt ein

Publikandum, wie es mit Verpflegung und Transportirung der Kranken im Magdalenischen gehalten werden soll. d. d. Berlin, den 25. Juli 1793.

Nach der unterm 21. Febr. 1703 publicirten Armen-Ordnung für das Herzogthum Magdeburg, und deren 20. §, desgleichen nach dem Patente vom 23. Januar 1793 ist bereits verordnet: dass die an einem Orte ankommenden Kranken, bei exemplarischer Bestrafung nicht weiter den benachbarten Gemeinden zugeführt, sondern dort verpfleget werden sollen, bis sie ohne Gefahr des Lebens weiter gebracht werden können u. s. w. Diese Vorschrift ist bisher nicht durchgehends befolgt, vielmehr verschiedentlich in Erfahrung gebracht worden: dass dergleichen Erkrankte und

Pulikandum, wie es mit Verpflegung und Transportirung der in d  
Städten und auf dem platten Lande des Fürstenthums Halberstadt si  
einfindenden Kranken gehalten werden soll. d. d. Berlin 20. Octob  
1793. Ferner sind zu nennen ein Circular der K. Kurmärkischen R  
gierung an sämmtliche landrätthliche Behörden, Superintendenten u. s. u  
vom 16. Januar 1811, vom 24. April 1811, sowie vom 16. April 1814

Sehr ähnlich diesen Erlassen über die Krüppelfuhren lautet di  
Verordnung der Königl. Regierung in Merseburg, die Fortschaffung er  
krankter Armen und sonst hilfloser Personen betreffend. (Amtsbl. Dess  
1819. v. Kemptz Annalen III. 2. S. 485.):

Es sind neuerlich Fälle vorgekommen, wo ausser ihrer Heimath erkrankte Arm  
und Hülflöse von den Orten ihres temporären Aufenthalts, um sich ihrer zu ent  
ledigen, ohne ihre Herstellung zu erwarten, fortgeschafft worden sind. Ei  
solches Verfahren steht nicht nur mit den allgemeinen durch Vernunft un  
Religion gebotenen Pflichten der Menschenliebe im grellsten Widerspruch  
sondern dasselbe ist auch durch besondere Gesetze, namentlich aber i  
den Sächsischen Landestheilen des hiesigen Regierungsbezirks, zuletzt durch das G  
nerale vom 8. Juli 1789 längst verboten. Es ist daher eigentlich nur blosser Wiede  
holung und Einschärfung früherer Gesetze, wenn wir uns hierdurch folgendes an  
ordnen genöthigt sehen: 1) Arme und sonst hilflose Personen, die, sie mögen li  
oder Ausländer seyn, ausserhalb ihres ordentlichen Wohnortes dergestalt erkrankt  
oder an einem Orte ausser ihrem Wohnorte, so krank ankommen, dass sie ohne Nach  
theil für ihre Gesundheit zu Fuss nicht weiter kommen können, dürfen, um sich ihr  
zu entledigen, unter keinem Vorwande fortgeschafft werden, sondern müssen bis  
ihrer Herstellung an dem Orte, wo sie einmal sind, behalten werden. 2) Wenn da  
über Zweifel entsteht, ob der Kranke ohne Nachtheil für seine Gesundheit, zu Fu  
weiter kommen, oder doch gefahren werden kann, und wird vielleicht die Fortscha  
fung von ihm selbst gewünscht, so darf selbige nur dann geschehen, wenn ein app  
birter Arzt oder Wundarzt, welcher den Kranken siehet, die Zulässigkeit und Un  
schädlichkeit des Transport schriftlich bezeugt. Die Kosten dieses Zeugnisses mu  
die Gemeinde, der es ausgestellt wird, tragen, und dasselbe zu ihrer etwaigen Rech  
fertigung aufbewahren. 3) Wird diesem entgegen dennoch ein solcher Kranker oh  
Zuziehung eines Arztes oder Wundarztes fortgeschafft, so darf zwar dessen Annah  
von dem Orte, wohin er gebracht worden, nicht verweigert, und der Kranke nicht  
rückgeschafft werden; die Kur und die Verpflegung erfolgt aber dann auf Kosten de  
jenigen Orts, welcher nach obiger Vorschrift verpflichtet war, den Kranken zu b  
halten. U. s. w.

Zur Verhütung der Verschleppung des Typhus durch Kranken  
beförderung erliess die Königl. Kurm. Regierung folgende Bekannt  
machungen:

Die häufigen Transporte kranker Militairpersonen durch hiesige Provinz mach  
nachstehende Anordnungen zur Verhütung der bereits in einigen Orten sich zeig  
den ansteckenden Krankheiten nothwendig. Bei der Ankunft eines Krankentrans  
portes muss die Ortspolizeibehörde mit Zuziehung des Physikus oder in Ermangelun  
dessenen, eines anderen Arztes sich sofort zu unterrichten suchen, ob ansteckende Fiebr  
ranke dabei sind, und in diesem Falle für deren möglichste Isolirung Sorge trag  
Zu dem Behuf sind solche Kranke, wo es irgend möglich ist, nicht bei den Einw  
rn, sondern in besonderen geräumigen Gebäuden unterzubringen, in denen

4. Innerweit folgende Massregeln anzuordnen und sammtlichen Vorgesetzten, Behörden und Physikern die pünktliche Ausführung derselben aufzugeben.  
w.

1) In allen Ortschaften, durch welche kranke Militärpersonen transportirt werden, sofort ein eigenes Local zur Aufnahme der Kranken bestimmt und eingerichtet  
2. Dazu können Häuser mit geräumigen Stuben, Scheunen und reinliche Stall-  
le, welche sodann zu dielen und zum Heizen einzurichten sind, am zweck-  
sten benutzt werden, und ist bei deren Auswahl hauptsächlich auf gehörige  
nung von den übrigen Wohnhäusern und wo möglich auf eine solche Lage zu  
dass die Kranken zu und aus denselben transportirt werden können. Die innere  
le Einrichtung dieses Krankenlocals, die Vorkehrungen zur Luftreinigung u.s.w.  
die Physici anzuordnen.

1) Das öftere Umladen der Kranken und Wechseln der Wagen und Fuhrknechte  
möglichst zu vermeiden. Auch darf bei dem Um- und Abladen der Kranken  
roh, auf welchem sie gelegen, nicht auf den Wagen bleiben, sondern muss so-  
verbrannt oder in die Mistgrube geworfen werden. Die Fuhrknechte sind an-  
sen, sich nicht mit den Kranken zusammen zu setzen, sondern neben den  
3 zu gehen. Der Zutritt anderer Leute zu den Wagen ist gänzlich zu hindern.

Der grösseren Vollständigkeit wegen seien noch folgende Bekannt-  
nungen hier angeführt:

Bekanntmachung der Königl. Regierung zu Münster, den Transport  
r und kranker Reisenden betreffend. 1824.

In Bezug auf die Circularverfügung vom 29. Juli 1822, den Transport armer  
kranker Reisender betreffend, finden wir uns veranlasst, folgende Vorschriften  
llgemeinen Kenntniss zu bringen: 1) Kein Ort soll mit Krankenfahren ankome-  
le Reisende auf gleiche Art weiter bringen lassen, wenn sie sich nicht durch ein  
t des absendenden Bürgermeisters zum unentgeltlichen Transport legitimiren.  
hlt diese Legitimation oder erkrankten arme Reisende, so dass sie durch Fahren  
r gebracht werden müssen, so ist dem Bürgermeister davon Anzeige zu machen,

ob derselbe ferner einer Fuhre bedarf, oder ohne Gefahr für seine Gesundheit weit gefahren werden kann? Scheint ein weiterer Transport nach den Umständen bedenklich, so sind Vorkehrungen zur Verpflegung des Kranken zu treffen, und in diesem Falle ist davon dem Landrath Anzeige zu machen. Zugleich haben die Bürgermeister eine genaue und vollständige Liste über alle angekommene und wieder abgegangene Krankenfuhrten anzufertigen, in welchen anzuführen ist, ob und wie weit der Kranke verpflegt worden ist, auch der Name des Anspanners, der ihn weiter gefahren, wie die Zeit der Ankunft und der Abfahrt zu bemerken ist. 5) Die zu transportirenden Kranken müssen, wenn sie bei Tage ankommen, spätestens eine Stunde nach ihrer Ankunft mit einem Wagen mit bequemen Strohlager, wozu wenigstens 12 Bund Stroh, zu 20 Pfunden das Bund zu verwenden sind, auf dem kürzesten und bequemsten Wege zum Ziele ihrer Reise weiter gefahren werden. Vor Aufgang oder später als eine Stunde vor Untergang der Sonne darf der Kranke jedoch nicht abgefahren werden, und es ist zur genaueren Controlle dieser Vorschrift an jedem Orte, wo die Fuhre gewechselt wird, die Zeit der Ankunft und Abfahrt des Kranken und dessen Fuhratteste zu bemerken. U. s. w.

Bekanntmachung des Königl. Ober-Präsidenten der Provinz Westphalen, wegen des Transports durch Bitt-(Krüppel-)Fuhren, vom 26. Juni 1825.

Der Königl. Preuss. Ober-Präsident von Westphalen.

(gez.) v. Vincke.

Bekanntmachung des Königl. Ober-Präsidenten der Provinz Westphalen, wegen Fortschaffung armer Reisenden durch Krüppelfuhren betreffend. Münster 13. Mai 1825.  
Königl. Preuss. Ober-Präsident der Provinz Westphalen.

(gez.) v. Vincke.

Der Königl. Regierung zu Merseburg Verbot des Fortschaffens armer krank Reisenden.

Merseburg, den 21. März 1827.

Königl. Preuss. Regierung.

Bekanntmachung der Königl. Regierung zu Köln, denselben Gegenstand betreffend.  
Köln, den 25. Mai 1827.

Königl. Preuss. Regierung.

In diesen Verordnungen zeigt sich also bereits eine besondere Fürsorge für die Person des Kranken. Ferner wird hervorgehoben, dass durch die Beförderung eines an ansteckender Krankheit Leidenden dieselbe selbst weiter verbreitet wird, und auch aus diesem Grunde eine Beförderung der Kranken als nicht zweckdienlich bezeichnet. Dass durch ein Transportmittel, welche die Kranken bei ihren Fahrten benutzen, die Erkrankung weitere Ausdehnung gewinnen kann, wird hier nicht gesagt. Immerhin sind diese Verordnungen wichtig, weil dieselben ausser in der genannten Quelle kaum sonst an einer anderen Stelle Erwähnung finden und weil sie Zeugniß ablegen, dass die Behörden durch dieselben eine Gesundheits- und Krankenpflege zu berücksichtigen trachteten.

Mehr unserer jetzigen Auffassung der Aufgaben des Krankentransportes entsprechend sind folgende Bemerkungen in dem ersten Bericht (1794) der Hamburgischen Rettungsgesellschaft:

„Auch die Hinbringung des Körpers nach dem zur Anstellung der Herstellungsversuche bequemen Ort erfordert eine nähere Fürsorge, um nicht

in Geretteten durch verkehrte Behandlung, zu starke Erschütterung, oder widerwärtige Lage, auf mannigfaltige Weise zu schaden, und oft bloß dadurch alle Möglichkeit der Herstellung zu vereiteln. Leichte Tragbaren von Korbarbeit gegeben, an der hinteren Seite erhöht, um dem Kopf des Geretteten eine angemessene Lage zu verschaffen, und auf beiden Seiten mit Stäben zum Forttragen versehen, schienen der Gesellschaft die zweckmässigste Vorrichtung für diesen Endzweck, weil sie leicht transportirt werden können, dem während des Transports von dem abfließenden Wasser freien Abfluss zu verschaffen, und in jedem Wachthaus, im Beugung des Platzes, mit leichter Mühe an die Wand gehangen werden können, so sie auf diese Weise sicher aufzubewahren, und gleich bei der Hand zu haben. Die Gesellschaft hat von diesen . . . . . Tragkörben, deren Zeichnung keiner näheren Erläuterung bedürfen wird, vor der Hand 20 Stück angeschafft, und in die dem Wasser nächsten gelegenen Wachthäuser vertheilt. Der Preis derselben ist etwa 10 Mark *amburger Courant*.“ (Bei Erscheinen der 3. Auflage 1828 30 Mark.)

In den späteren Bekanntmachungen, in welchen Krüppelfuhren verboten wurden, sind dieselben als „Bittfuhren“ bezeichnet.

Bemerkenswerth ist, dass auch in ausserdeutschen Ländern über diese Arten der Krankentransporte Verordnungen bestanden, welche den oben genannten ausserordentlich ähnlich sind. Von einzelnen sei hier eine Verfügung zum Vergleich angeführt, welche bereits 1760 von Friedrich V. von Dänemark erlassen worden, in welcher

„die Verpflegung auswärtiger und anderer Personen angeordnet und die unzulässige Transportirung derselben von einem Ort in einen anderen verboten“ wurde.

Dieselben sollen vielmehr, wenn sie sehr krank und elend an dem Orte, wo sie sind, verbleiben.

„Wir verbieten zugleich ernstlich, Arme, die krank sind und nicht ohne Gefahr ihrer Gesundheit zu transportiren stehen, von dem Orte, wo sie sich befinden, sie mögen nach andern Orten in Unsern Landen gehören oder Auswärtige seyn, weg und nach andern Orten zu bringen, und befehlen, dass, wenn gleichwohl dergleichen in der Folgezeit geschehen sollte, diejenigen, welche solche unmenschliche Transporte veranstaltet, in fiscalischen Anspruch genommen und auf das härteste bestraft werden sollen. Und wie wir ferner wollen, dass alle Obrigkeiten dafür wachen sollen, dass ebenwenig von Fremden solche barbarische Transporte armer und kranker Personen nach Unsern Landen vorgenommen werden so . . .“

König Christian hatte dann 1784 für Schleswig-Holstein folgendes bestimmt:

#### A. Verordnungen für die Gesundheitspflege.

##### 6. Verordnungen, die Sorge für Armenkranke betreffend.

1. Resolution, dass die Verpflegungskosten für arme und wahnsinnige Personen nicht aus eines jeden Kirchspiels sondern aus der Pinnebergischen Landeskasse genommen werden sollen, vom 31. Jan. 1749 (Koch u. Jensen S. 431).

2. Verfügung, wodurch die Verpflegung auswärtiger und anderer armer und kranker Personen angeordnet und die unzulässige Transportirung derselben von einer Jurisdiction in die andere verboten wird, vom 21. Jan. 1760.

6. Wiederholte und bestimmtere Verordnung, dass kein Armer um an ein andern Orte zur Versorgung angenommen zu werden, auf Gefahr seiner Gesundheit dahin gebracht werden dürfe, vom 12. Novbr. 1784.

Wir Christian der Siebente etc. Thun kund hiemit: Dass da sich aus verschiedenen, an Unsere Deutsche Kanzeley gebrachten und Uns vorgetragenen Fällen zu kennen gegeben, dass ungeachtet des unterm 21ten Januar 1760 in Unserem Herzthum Schleswig und im damaligen Königl. Antheil Unseres Hertzogthums Holste wie auch in Unserer Herrschaft Pinneberg, Stadt Altona und Grafschaft Rantzau gangenen, und durch den 7. und 8. Punkt Unserer Verordnung vom 3. Juli 1776 selbst wiederholten, und auf die Holsteinische, vorhin Grossfürstliche und gemeinschaftliche Landesantheile, erweiterten ernstlichen Verbots, noch immer kranke und schwache Armen nach andern Orten, die man zu ihrer Uebernehmung und Versorgung verbundet achtet, mit Gefahr ihrer Gesundheit und wohl ihres Lebens transport worden, Wir Uns unumgänglich veranlasset gefunden haben, diese Anordnungen besagten Unseren Herzogthümern und Landen nicht nur aufs neue einzuschärfen sondern auch ihrer ferneren strafbaren Hintansetzung durch folgende bestimmte Vorschriften zu begegnen.

#### § 1.

Alles Transportiren bettlägeriger Personen nach andern Orten, um daselbst Versorgung angenommen zu werden, wird, bey der schwersten Verantwortung schärfsten Ahndung, ohne Ausnahme verboten.

#### § 2.

Mit dem Transporte anderer Armen, die zwar nicht bettlägerig, aber durch Schwachheit und Alters wegen unvermögend sind, nach ihrer Heimath zu gehen, es so zu halten, dass jederzeit dem Oberbeamten, Magistrate, Gutsherrn und überhaupt der Obrigkeit, welche ihre Fortbringung zu verfügen hat, bey der ihr, nach den 6. Punkte Unserer Verordnung vom 3. Julii 1776, von solchem Falle zu thun Anzeige, zugleich ein Zeugniß des gehörigen Predigers und Officialen, oder, wenn dieser zu entfernt wäre, des Predigers,

dass sie den transportirenden Armen gesehen, und nicht krank befunden, er auch selbst über keine Krankheit klage, produciret werden muss.

#### § 3.

Könnten der Prediger und der Unterbeamte, oder andere Bediente des Orts, solches Zeugniß mit unverletztem Gewissen nicht ertheilen, so wäre zu der Befugung des Transports nothwendig, dass ein Zeugniß des nächsten zur Praxis berechtigten Medici oder Chirurgi beygebracht würde:

dass der Arme mit keiner solchen Krankheit, die bey seinem Transporte eine Gefahr besorgen lasse, befallen sey.

#### § 4.

Wenn hochschwängere Weibspersonen weggebracht werden sollen; so ist jederzeit ein Zeugniß der Hebamme des Orts, nach welchem die Niederkunft nicht so ist, dass sie den Transport nicht bedenklich machen kann, erforderlich.

#### § 5.

Auf solchen, der obrigkeitlichen Requisition allemal beyzufügenden Acten können die nach ihrer Heimath zu bringenden Armen, so lange bey ihnen sich ein

gehoben, und der Arme erst nach seiner Genesung, oder wenn das entstanden gehoben ist, weiter gebracht werden. Und damit dieses desto sicherer genommen werde, hat die Commune des Orts, wo mit dem Transporte ein- ist, die Ersetzung der auf den Armen verwandten Kosten jederzeit von der ne, auf deren Veranlassung er abgesandt worden, zu erwarten.

#### § 8.

Mangel des erforderlichen Zeugnisses muss der Arme, er möge aus Unseren oder ein Auswärtiger seyn, an dem Orte, wo er sich befindet, bis zu seiner g bleiben, und aus der Armenkasse, mit Vorbehalt der ihr von der Commune, nach den ergangenen Verordnungen zu übernehmen hat, zu leistenden Ver- gepflegt und unterhalten werden. Sollte dennoch eine Commune, Kirch- der Armenvorsteher, Bauervogt oder anderer Unterthan, etwa der Hauswirth en, oder gar ein Unterbeamter und Bedienter lieblos genug seyn, denselben, an seiner Verpflegung überhoben wäre, ohne Vorbewust der Obrigkeit wegzuz, oder anderswohin zu fahren oder fahren zu lassen; oder würde ein nach Heimath zu befördernder Armer, obschon sich unterwegs ein bedenklicher d bey ihm äusserte, oder er gar erkrankte, weiter gebracht; so sollen diejeni- e solche unchristliche und unmenschliche Transporte vornehmen oder veran- in fiscalischen Anspruch genommen und mit scharfer Strafe belegt werden. eicher Ahndung sollen die Vorsteher der Communen und Armenkassen unter- seyn, die einen Armen, der ohne Gefahr seiner Gesundheit, nicht fortgebracht kann, pflichtvergessener Weise hilflos, und wohl gar, aus Mangel der gehö- rsorge, umkommen lassen.

Vornach die Obrigkeiten, Unterbeamten und Bedienten, Prediger, Medici und rgi in obbenannten Herzogthümern und Landen, und sonst Alle, die es sich zu achten haben. Urkundlich etc. Gegeben etc. Christiansburg den umber 1784.

(L.S.)

Christian Rex.

P. v. Bernstorff. A. G. Carstens. C. L. Schütz. F. C. Krück.

wähnt, da ja auch ihr Transport nicht immer ohne Bedenken auszuführen ist. Auf dieses Verhältniss werde ich weiter einzugehen haben. Besonders bemerkt wird die Beförderung von schwangeren Personen noch in folgendem Erlass:

Auszug aus der Armenordnung, vom 29. December 1841.

Wir Christian der Achte etc. . . . .

§ 87. Personen, welche wegen Alters oder Schwachheit nicht im Stande sind, sich zu Füsse nach ihrer Heimath zu begeben, dürfen nur auf Verfügung der Obrigkeit, und nachdem diese sich hinlänglich davon überzeugt hat, dass der zu Transportirende nicht krank sei, was in dem Transportscheine immer ausdrücklich zu bemerken ist, transportirt werden. Ist der zu Transportirende krank oder finden hierüber Zweifel Statt, so ist derselbe von einem Arzte oder Chirurgen zu untersuchen, und darf der Transport nur verfügt werden, wenn dieser eine Bescheinigung dahin stellt, dass derselbe nicht mit einer Krankheit oder einem Uebel behaftet sei, welche bei seinem Transport einige Gefahr besorgen lassen. Auch hat der Arzt jedesmal in dem Scheine zu bemerken, ob der Transport zu Wagen ausgeführt werden müsse.

§ 88. Wenn hochschwängere Personen weggebracht werden sollen, so ist jederzeit ein Zeugniß eines Arztes oder einer beidigten Hebamme erforderlich, nach welchem die Niederkunft nicht so nahe ist, dass sie den Transport bedenklich machen kann.

§ 89. Auf solchen, dem Transportschein beizufügenden Attest kann der Transport, so lange sich keine bedenkliche Veränderungen des Zustandes zeigen, festgesetzt werden. Sollte unterwegs einige Bedenklichkeit entstehen, muss mit dem Transporte eingehalten, und eine abermalige ärztliche Untersuchung veranlasst werden.

§ 92. Vorschriftswidriges (§ 87) Transportiren kranker oder gar bettlägeriger Personen, um sich der Versorgung derselben zu entledigen, ist bei schwerer Ahndung verboten. Sollte eine Commüne oder ein Commünevorsteher, Bauervogt oder sonstiger Official, oder anderer Unterthan, etwa der Hauswirth des Armen, sich erlauben, denselben, damit man seiner Verpflegung überhoben werde, ohne Wissen der Obrigkeit fortzuschaffen, oder anderswohin zu fahren oder fahren zu lassen, oder würde ein solcher dem Transport begriffener Armer, obschon sich unterwegs ein bedenklicher Umstand bei ihm äusserte, weiter gebracht (§ 89), so sollen diejenigen, die solche Transporte vornehmen oder veranstalten, mit scharfer Strafe belegt werden.

Hier werden ärztliche Zeugnisse erfordert, in denen die Transportfähigkeit des Betreffenden bescheinigt werden muss, eine bemerkenswerthe Vorschrift, über welche noch weiter unten die Rede sein wird.

Die Gefahr der Benutzung der dem öffentlichen Verkehr dienenden Beförderungsmittel durch Kranke oder sogar durch Personen, welche mit Kranken in Berührung kamen, für die Allgemeinheit wird in einer Abhandlung über die Pest von Enrico di Wolmar (1827) geschildert. Unter den Ursachen der Weiterverbreitung der Seuche wird auch das Kairo gebräuchliche Reiten auf Mietheseln genannt.

Da dieselben von Personen benutzt werden, „welche in den Häusern Kranken und Todter Besuche abstatten, so wird durch diese das Gift den Sätteln der Mitgetheilten, die gewöhnlich mit wollenen Stoffen bedeckt sind, und dadurch um leichter das Gift in sich aufnehmen. Manchmal geschieht es auch, dass Leute auf der Strasse die ersten Pestanfälle bekommen, und dann von einer solchen



erung und dem Ausbruche der Cholera in Berlin, welche unter  
23. August 1831 von dem Gesundheits-Comité erlassen wurde,  
s durch Allerhöchste Verordnung zur Abwehr der Cholerafahr-  
rlin eingesetzt war. Im Abschnitt II. sind  
Bestimmungen über die bei der Annäherung der Cholera zu treffen-  
sichts-Maassregeln“ enthalten:

§ 52.

e Transportmittel zur Fortschaffung der Kranken nach den Heilanstalten be-  
in einem mit 2 Pferden bespannten, in Federn hängenden bedeckten Wagen,  
arin befindlichen, inwendig mit Wachseleinwand ausgeschlagenen und verdeck-  
ragekorbe, welcher einen Strohsack und ein mit Leder überzogenes Kopf-  
ausserdem einige grosse wollene Decken und eine blecherne Wärmflasche ent-  
ad bei einem Transporte in der Nähe auch für sich benutzt werden kann,  
em in vier zur Sicherung vor der Infection mit einer Bekleidung von schwarzer  
inwand, einer glanzledernen Mütze und dergleichen Handschuhen versehenen  
trägern und einem Kutscher.

s befinden sich dergleichen Transportmittel in einer jeden Heilanstalt in be-  
dazu bestimmten, abzuschliessenden und zu bewachenden Räumen, und sind  
durch einen Seitens der Schutz-Commission dahin zu sendenden Boten  
diener) von dem Aufseher der Heilanstalt zu requiriren.

asserdem bleibt es einzelnen Schutz-Commissionen anheimgestellt, sich zur  
unigung des Transports der in ihrem Bezirke Erkrankten mit besondern Trans-  
keln, nach ihrem Ermessen, zu versehen, wobei indessen für die Unterbringung  
en in gehörig zu contumacirenden Localen Sorge zu tragen ist.

edenfalls haben die Schutz-Commissionen auch auf solche Transportmittel  
örbe etc.) Bedacht zu nehmen, mittelst welcher auf der Strasse von der Cho-  
allene Individuen ohne Aufenthalt nach der nächsten Cholera-Heilanstalt trans-  
werden könnten.

§ 53.

Wagen begleitenden Trägern geht, jeder aber, sowie der Polizei-Beamte selbst, mindestens 5 Schritte von demselben entfernt bleibt.

Geschieht der Transport nach eingetretener Dunkelheit, so sind die Krankenträger mit Laternen versehen.

Nach beendigtem Transporte begiebt sich der Wagen sammt dem dazu gehörigen Personale wieder nach seinem Locale, woselbst die Träger sogleich vorschriftsmässig nach der Anlage B., zu desinficiren und unter Aufsicht zu erhalten auch die gebrauchten Utensilien einer Reinigung zu unterwerfen sind.

#### § 54.

Jedem nach einer Heilanstalt zu transportirenden Cholera-Kranken ist ein vom Polizei-Beamten des Schutz-Commissions-Bezirks, in welchem der Kranke wohnt nach dem sub F. beiliegenden Schema ausgestellter Begleitschein, welscher in der Heilanstalt abgeliefert wird, mitzugeben.

#### II. Reinigungs-Verfahren in Betreff der Waaren und Effecten.

Krankentransportwagen müssen eine Stunde lang mit Chlorgas durchräuchert, äusserlich aber mit der schwachen Chlorkalksolution sorgfältig abgewaschen werden.

Ebenso werden Krankentragekörbe und Leichenwagen behandelt.“

Diese Verordnung, welche wenig bekannt ist, ist wohl als Vorläufer besonders für die damalige allgemeine Organisation des Sanitätsdienstes für das vier Jahre später erlassene Regulativ anzusehen. Das „Regulativ vom 28. October 1835, das bei ansteckenden Krankheiten zu beobachtende sanitäts-polizeiliche Verfahren betreffend, nebst einer Instruction über das Desinfections-Verfahren und einer populären Belehrung über die Natur und Behandlung der ansteckenden Krankheiten“ enthält im Gegensatz zu dieser Verordnung nur Weniges über Krankentransport, und zwar unter den allgemeinen Vorschriften unter § 16 Absatz 3:

Der Transport von ansteckenden Kranken nach anderen Privatwohnungen darf nur mit Bewilligung der Polizeibehörde geschehen, welche für die Beobachtung der hierbei erforderlichen sanitäts-polizeilichen Massregeln Sorge zu tragen hat.

In der Beilage A. Anweisung zum Desinfections-Verfahren ist unter dem § 14 der Allgemeinen Bestimmungen

#### E. Desinfection von Transportmitteln und anderen Gegenständen.

1. Wagen, Tragekörbe, Portechaisen etc., welche zum Transport von Personen, die an gefährlichen ansteckenden Krankheiten leiden, gedient haben sind, wenn sie nicht etwa lackirt sind, mit mehr oder weniger verdünnter Seifensiederlauge oder Chlorkalksolution abzuwaschen.

2. Schiffe, welche zu demselben Zwecke gedient haben, müssen nach § 5 gereinigt werden.

Anmerkung. Stroh, Heu u. s. w., welche zum Lager für die Kranken in Wagen, Schiffen etc. gedient haben, sind zu verbrennen.

Ich habe diese Verordnungen über Krankentransport aus älterer Zeit hier abgedruckt, weil dieselben den meisten Personen, welche mit der Erörterung der Frage beschäftigt werden wollen, nicht zugänglich

zu worden sind, wobei die erniedrigste Sorge auf die Beförderungs-  
verwendet wurde. Dass durch unzweckmässige Transportirung  
ansteckenden Kranken Krankheiten verbreitet werden können, ist  
wie wir gesehen haben, durch Verfügungen in Deutschen Staaten  
nicht worden. Aber noch heute wird beim Krankentransport  
österreich nicht nur auf die Wegschaffung ansteckender Kranker  
sondern auch auf die Transportirung von Verunglückten grosses Gewicht

Auch in den Deutschen Städten sind diesbezügliche Anordnungen  
erlassen, und man kann sagen, dass jetzt wohl in den meisten  
Ländern, in der grossen Mehrzahl aller Städte und auf dem  
Land für die Beförderung von Personen mit ansteckenden Krankheiten  
bestimmte Vorschriften bestehen, welche diesen wichtigen Zweig der  
öffentlichen Krankenfürsorge regeln. Zusammenfassende Schilderungen

der Verhältnisse sind meines Wissens bis jetzt noch nicht erschienen,  
sondern man findet nur vereinzelte diesbezügliche Darlegungen.

Das jetzt geltende Reichsseuchengesetz hat unter den Straf-  
bestimmungen eine solche für denjenigen, welcher wissentlich Fahrzeuge oder  
andere Geräthschaften, welche zur Beförderung von Personen, die an  
einen gemeingefährlichen Krankheit litten oder starben, gedient haben,  
zur Ausführung der polizeilich angeordneten Desinfection benutzt oder  
sonst zur Benutzung überlässt.

In den Ausführungsbestimmungen des Gesetzes ist ausgesprochen,  
dass für die Beförderung der Kranken und Krankheits- oder Ansteckungs-  
gefahren dem öffentlichen Verkehre dienende Fuhrwerke in der Regel  
benutzt werden sollen.

Wir werden nun bei der ferneren Besprechung hauptsächlich  
den Transport von Personen mit innerlichen und ansteckenden Erkran-  
kungen in nicht militärischer Hinsicht berücksichtigen da wie schon

Die Kranken müssen in der ersten Zeit des Transportes in der Regel auf dem Rücken liegen, wobei die Beine etwas gebeugt und die Arme an den Seiten herabhängend sein müssen. Die Kopfenden der Kranken müssen nach hinten liegen, und die Füße nach vorn. Die Kranken müssen in der ersten Zeit des Transportes in der Regel auf dem Rücken liegen, wobei die Beine etwas gebeugt und die Arme an den Seiten herabhängend sein müssen. Die Kopfenden der Kranken müssen nach hinten liegen, und die Füße nach vorn.

### Die allgemeinen Regeln für die Ausführung von Krankentransport

Die Ausführung des Krankentransportes ist eine sehr wichtige Angelegenheit, die mit großer Sorgfalt zu behandeln ist. Die Kranken müssen in der ersten Zeit des Transportes in der Regel auf dem Rücken liegen, wobei die Beine etwas gebeugt und die Arme an den Seiten herabhängend sein müssen. Die Kopfenden der Kranken müssen nach hinten liegen, und die Füße nach vorn. Die Kranken müssen in der ersten Zeit des Transportes in der Regel auf dem Rücken liegen, wobei die Beine etwas gebeugt und die Arme an den Seiten herabhängend sein müssen. Die Kopfenden der Kranken müssen nach hinten liegen, und die Füße nach vorn. Die Kranken müssen in der ersten Zeit des Transportes in der Regel auf dem Rücken liegen, wobei die Beine etwas gebeugt und die Arme an den Seiten herabhängend sein müssen. Die Kopfenden der Kranken müssen nach hinten liegen, und die Füße nach vorn.

Natürlich bezieht sich das Wort „Schnelligkeit“ beim Transport auf dessen Beginn. Alle Massnahmen zur Ausführung des Krankentransportes, Begleiter u. s. w. sollen schnell und sicher sein. Die Kranken müssen in der ersten Zeit des Transportes in der Regel auf dem Rücken liegen, wobei die Beine etwas gebeugt und die Arme an den Seiten herabhängend sein müssen. Die Kopfenden der Kranken müssen nach hinten liegen, und die Füße nach vorn.

in den Häusern, welche zu passiren sind, eng und winklig sind. In den meisten Fällen kommen Transporte von Kranken aus der Wohnung in ein Krankenhaus in Frage, ferner aber auch Beförderungen von Kranken, welche im Betriebe, in ihrem Geschäft oder auf der Strasse arbeiten, von dem betreffenden Orte in ihre Wohnung oder ins Krankenhaus. Seltener werden Kranke aus einer Wohnung in eine andere verortet. Auch das Vorhandensein und die Zahl der Begleiter beeinflussen die Art der Ausführung eines Krankentransportes.

Bereits oben wurde darauf hingewiesen, dass Gegenanzeigen gegen Beförderung von Kranken unter gewissen Verhältnissen vorkommen können. Man muss aber auch in dieser Hinsicht individualisirend verfahren, schematisch lassen sich Regeln für solche Verhältnisse nicht aufstellen.

Die Gefahren, welche bestimmten Kranken durch Transporte entstehen, wurden bereits eingangs dargelegt, und die Arten der Erkrankungen, bei welchen dies der Fall, geschildert. Bei einer idealen Organisation des Krankentransportwesens wäre allerdings auch zu ermöglichen, Kranke aller Art ohne Weiteres ohne Gefahr für ihren Zustand transportiren zu können. Leider wird sich dies nicht immer erreichen lassen. Aber es ist doch anzustreben — wenigstens in den grösseren Städten — dass ein dringend nothwendiger Transport nicht aus Mangel an Beförderungsmitteln oder Träger- oder Wärterpersonal oder sonstiger äusserer Umstände wegen unterbleiben muss. Einige Beispiele werden die genannten Verhältnisse beleuchten. In einem Orte, wo genügende Transportmittel, wie z. B. Krankenwagen, an verschiedenen Plätzen aufbewahrt werden können, vorhanden sind, wird man leicht solche auch für einen Transport zur Hand haben können. In einem Orte, wo solche fehlen, auf einer Trag-

anderes Gefährt herbeikommen kann, während in der Nähe ein Krankenhaus oder eine Rettungswache sich befindet, welche Krankenträger sitzen, so wird man natürlich sich der letzteren bedienen, um den Kranken lange an der betreffenden Stelle liegen zu lassen. Polizeiorgane werden in solchen Fällen stets ihr Augenmerk darauf richten, dass der Kranke schnell vom Platze kommt, da die bei dieser Gelegenheit gewöhnlich entstehende Ansammlung von zahlreichen Menschen, welche aus Neugierde, ohne irgend etwas zur Hülfe des Betreffenden beizutragen, herumstehen, wieder Anlass zu weiteren Unglücksfällen geben kann. Ist im angezogenen Falle sogar kein für den Transport bestimmtes Geräth in absehbarer Zeit zu erreichen, so wird natürlich das einfachste Verfahren, den Patienten durch Menschen allein fortzutragen, angewendet werden müssen, oder es sind Improvisationen von anderen gerathen zur Hand befindlichen Gegenständen, wie Stühlen, Brettern vorzunehmen. Solche werden da in Frage kommen, wo nichts anderes im Augenblicke zur Verfügung steht oder nur schwer oder mit grosser Aufwendung von Zeit zu beschaffen ist. Ist daher die Erkrankung keine ernste, so kann der Kranke z. B. in einer Fabrik so lange liegen bleiben, bis Transportmittel zur Stelle geschafft sind, was in der Grossstadt ja gewöhnlich leichter möglich ist als auf dem Lande.

Ich wollte mit den genannten Beispielen zeigen, dass auch an diesen Orten, wo das Krankentransportwesen gut eingerichtet ist, sich Verhältnisse einstellen können, welche andere Anordnungen als die gewöhnlich dort für dasselbe geltenden erforderlich machen.

Wiederum ganz anders sind die Vorkehrungen dort zu treffen, eigentlich zu allen Zeiten für die betreffenden Dinge nicht viel gethan worden ist oder aus natürlichen Gründen nicht gethan werden kann. z. B. im Gebirge, wo bei der Nothwendigkeit eines schleunigen Transportes aus Baumstämmen, Moos, Aesten, Jacken, Gebirgsstöcken Transportbahnen herzustellen sind, wenn, wie dies ja häufig der Fall sein wird, die Unterkunftshütten nicht zu erreichen sind, in welchen auch Krankenträger bereit stehen.

Beim Transport in und auf Bergen zeigt sich auch, dass der zurückzulegende Weg von Wichtigkeit für die Krankenbeförderung werden kann. Für diese Zwecke sind bestimmte Arten von Tragen hergestellt worden, welche zum Theil von grosser Vollendung sind.

Bei unaufschiebbaren Transporten, wo von der Schnelligkeit der Beförderung das Leben des Kranken abhängt, z. B. bei einer wegen Diphtherie erforderlichen Tracheotomie, wird man sogar, wenn in der Nähe nichts anderes schnell zu erreichen, ein öffentliches Fuhrwerk benutzen (was jetzt wohl in den Städten überall verboten) und dann die Desinfection des Fuhrwerks veranlassen. Natürlich wird man zu einem solchen Schritt sich nur bei dringender Lebensgefahr des Kranken entschliessen, da die Desinfection der gewöhnlichen Droschken in den Grossstädten, welche nach solchen Transporten vorgeschrieben ist, eine sehr schwierige sein dürfte.

ergibt sich bereits aus diesen Beispielen, welche sich unschwer vermehren lassen, dass zahlreiche Verschiedenheiten in Bezug auf Anforderungen bestehen, welche jeder Einzelfall beim Transport mit sich bringt. Dieselben werden bei der Schilderung der einzelnen Transportfälle noch weiter darzulegen sein. An dieser Stelle ist zu erwähnen, dass

für den Arzt als das bei einem Kranken vorhandene Pflegepersonal es dass derselbe sich in einer Privatwohnung oder in einem Krankenbette befindet — als auch für die sonstige Umgebung des Patienten die Vorsichtsmassregeln zu beachten sind, welche im Einzelfalle

der Genesung des Kranken oder die Gesundheit der Umgebung, oder die des von entscheidender Bedeutung werden können.

Der Arzt ist vor allen Anderen berufen, falls er nicht selbst den Transport, wie dies nicht allzu selten geschieht, begleitet, alle für den Transport des Kranken nothwendigen Anordnungen anzusetzen. Die Aufgabe des Arztes in Bezug auf die Beförderung eines Kranken ist erschöpft, wenn er in einem Falle, wo eine Wertschaffung eines Kranken von der Stelle, wo er ihn gerade vorfand, oder aus einer anderen Umgebung, wo er den Patienten behandelte, anordnet, dass der Kranke zu Hause oder in ein Hospital befördert werden soll. Der Arzt ist bei allen Verordnungen, welche er in Bezug auf die diätetischen Verhältnisse der Krankenpflege bestimmt, wie bereits oben erwähnt, ganz genau anzugeben, in welcher Weise der Transport auszuführen ist, welche Transportmittel im gegebenen Falle zu gebrauchen,

den Wege zu wählen, welche Gegenstände für denselben mitzuführen. Es ist nicht zu bezweifeln, dass ein Arzt, welcher die Ueberführung eines Kranken in ein Krankenhaus bestimmt, auch mit für den Transport verantwortlich ist. Er hat alle Vorsichtsmassregeln anzuordnen und ferner zu bestimmen, ob eine Desinfection der Transportmittel zu erfolgen hat, kurz er hat in erster Reihe alles, was für einen Krankentransport gegebenen Falls in Frage kommen kann, anzusetzen. Der Arzt, welcher sich mit der einfachen Verordnung, dass ein Kranker in ein Krankenhaus gebracht werden soll, begnügt, befreit denselben nicht wie ein Arzt, welcher anordnet, dass ein Kranker mit Verdauungsstörungen eine „leichtverdauliche Diät“ geniessen und alle schwerverdaulichen Speisen vermeiden soll, und die Beurtheilung über diese dem Kranken oder seiner Umgebung überlässt. Der Arzt hat jetzt die Verantwortung, dem Kranken oder vielmehr seiner Umgebung in einem solchen Falle genau zu verordnen, welche Speisen und Getränke er zu verwenden hat, und in welcher Weise die erlaubten herzustellen sind, da es den Laien das Urtheil über diese Verhältnisse gewöhnlich ein sehr unrichtiges und unrichtiges ist.

In ganz ähnlicher Weise verhält es sich auch mit der Beförderung von Kranken, welche nicht nur für den Arzt, sondern auch für den dem Kranken beschäftigten Pfleger ganz bestimmte Thätigkeit erfordern. Ich habe letztere in einem Vortrage vor Krankenpflegern in Berlin erst im vorigen Jahre auseinanderzusetzen Gelegenheit geh

Der Pfleger soll alle vom Arzte gegebenen Anordnungen genau befolgen, er soll dem Kranken in allen Bewegungen beim Transport behülflich sein, sein Verhalten unterwegs beobachten, vorausgesetzt dass er — beim Transport eines Schwerkranken stets geschehen sollte — den Kranken begleitet, um dem Patienten wenn erforderlich beizustehen. Ferner soll der Pfleger den Kranken mitzutragen und dem übrigen Trägerpersonal welches nicht immer auf der Höhe einer sachgemässen Ausbildung mitzutheilen, welche besonderen Maassnahmen nach Angabe des Arztes bei dem betreffenden Patienten erforderlich sind. Sind solche Anordnungen gar nicht vom Arzte ertheilt worden, in Anbetracht vielleicht, dass der Arzt einen sachgemäss ausgebildeten Pfleger beim Kranken weiss, oder aus dem oben erwähnten Grunde, dass ein Theil von Aerzten dergleichen Anordnungen überhaupt für nicht nothwendig erachtet, so hat der Pfleger für die Ausführung derjenigen Massnahmen zu sorgen, welche im Interesse des Zustandes des Kranken geboten sind.

Eine sehr wichtige Aufgabe hat ferner der Pfleger in Bezug auf die Förderung des Kranken in ein Krankenhaus zu erfüllen. Es ist die Abneigung mancher Menschen gegen die Ueberführung in ein Krankenhaus bekannt, nun der Arzt den Patienten mit Zuhülfenahme seiner ganzen Ueberredungskunst von der Nothwendigkeit einer Behandlung im Krankenhaus überzeugt, so geschieht es dennoch zuweilen, dass, wenn der Patient sich entfernt hat, der Patient in seinem Entschlusse wieder wankt, oder durch kluge Menschen seiner Umgebung in seinem Widerstande ein Krankenhaus aufzusuchen bestärkt wird. Hier hat der Pfleger seinen ganzen Einfluss aufzubieten und die Uebertretung der Anordnungen des abwesenden Arztes nicht zu dulden, und besonders ist das erforderlich, wenn die Ueberführung in besonderem Krankenwagen zu geschehen hat, was jetzt in den meisten Städten für ansteckende Kranke als Regelstimmung gilt. Die Scheu des Publikums gegen diese ist eine gewaltige, und in manchen Fällen auch keine ganz unberechtigte, die Beförderungsmittel nicht immer den an sie zu stellenden Anforderungen genügen. Es ist nicht ganz selten, dass die Kranken sich bestimmt weigern, sich in einem Krankenwagen fortschaffen zu lassen. Wenn dann der Pfleger in sanfter aber überzeugender Weise nochmals auf die Nothwendigkeit einer solchen Beförderung hinweist und auch seine Mitfahrt bei derselben in sichere Aussicht stellt, so wird ein Kranker sich leichter entschliessen, den Weg in dem Wagen anzutreten. Niemals darf aber ein Pfleger gestatten, dass ein Kranker dem Verbote des Arztes zuwider in irgend einer als von diesem vorgeschriebener Weise, z. B. in einem gewöhnlichen Fuhrwerk, sich in ein Krankenhaus begiebt. Die grosse Gefahr, in welcher andere Menschen, welche nachher ein solches Gefährt benutzen, gefährdet werden, sollte Jedermann im Interesse seiner Mitmenschen von ihm solchen Schritte abhalten. Dass thatsächlich Uebertragungen von ansteckenden Erkrankungen durch Benutzung von gewöhnlichen dem öffentlichen Verkehr dienenden Wagen geschehen können, lehrt ein von Boudet im Progrès médical veröffentlichter Fall. Ein Vater fuhr mit



Beförderung zu erfüllen. Es kommt hierfür nur die nähere Umgebung des Kranken in Betracht, da die entferntere natürlich nicht dingegreifen kann, sondern nur aus dem Grunde zu beachten ist, als : Uebertragung der ansteckenden Krankheiten zu schützen ist. Umgebung eines Kranken hat in jeder Weise die Anordnungen des für den Transport zu beachten, sie hat für Bereitstellung von menden Geräthschaften zu sorgen und dabei, falls eine ansteckende Krankheit beim Patienten vorliegt, sich nicht weiter als erforderlich mit demselben zu befassen. Auch die Umgebung des Kranken bei ansteckender Krankheit für Desinfection ihrer Bekleidung baden und besonders die Ausführung der erforderlichen vom Arzte anordneten Wohnungsdesinfection beachten. Das Krankenzimmer soll sich derselben geschlossen bleiben, und besonders Kinder nicht in die Nähe des Zimmers kommen und es nicht betreten.

Nach diesen Vorbemerkungen sind die allgemeinen Maassnahmen zur Ausführung von Krankentransporten in Bezug auf die Person des Kranken nicht schwer darzulegen, da sie zum grossen Theil sich mit den bisherigen Schilderungen ergeben.

Vor Ausführung eines Krankentransportes ist festzustellen, ob es sich um einen Verletzten oder einen mit innerlicher Krankheit behafteten Kranken handelt, und ob letztere eine ansteckende ist. Bereits oben sind die innerlichen Krankheiten genannt, welche besondere Aufmerksamkeit beim Transport beanspruchen. Von diesen soll die Blinddarmentzündung besonders genannt werden. Die diese verursachenden Dinge sind nicht selten unterwegs durch die Erschütterungen des Krankentransport durch, sodass der Patient dann in bedrohlichem Zustande am Bestimmungsorte anlangt. In gleichem Maasse sind Kranke mit einzelnen

kein eigentliches für den Transport bestimmtes Geräth bereit, so ist solches zu improvisiren, oder der Patient durch Menschen zu tragen bei nicht grossen Entfernungen auch nicht allzuschwer auszuführen. Sind zwei Träger vorhanden, so sollen dieselben, wenn möglich gleiche Grösse haben. Sie haben den Kranken richtig zu halten und zu lagern, besonders dann, wenn der Transport von Personen allein ohne Zuhilfenahme von anderen Geräthschaften ausgeführt wird, aber auch in Fällen, wo Tragen und Wagen zur Verfügung stehen. Gewöhnlich muss der Kranke aus irgend einer Lage, in welcher er sich gerade befindet, in eine andere versetzt werden. Die hierfür nöthigen Handgriffe sind genau auszuführen und werden z. B. beim Heere, welches ein musterhaft eingerichtetes Krankentransportwesen verfügt, nach bestimmtem Befehl ausgeführt. Es soll stets ein Begleiter so bei dem Patienten gehen, oder sich aufhalten, dass er das Verhalten des Kranken während des Transports beobachten kann, was bei Schwerkranken und gefährlich Verletzten — Achtung auf Blutung — Regel sein sollte. Ist nur ein Träger oder Träger für den Transport verfügbar, so hat dieser genau die Vorschrift genau zu befolgen und hiernach die Beförderung einzurichten. Für länger dauernde Transporte empfiehlt sich das Tragen durch mehrere Personen, wenngleich es noch jetzt von Einzelnen für vom Seichten Betroffene angezeigt gehalten wird. Die durch die Tritte der Träger entstehenden Schwankungen sind für den Kranken sehr unangenehm, ferner können Träger einen Kranken nicht auf sehr lange Entfernungen tragen, weil sie ermüden, sodass trotz vorhandener Ersatzmannschaften sich Unzuträglichkeiten ergeben. Es muss bei jedem Wechsel der Träger der auf der Trage liegende Kranke abgesetzt werden. Ist solche gar nicht vorhanden, so müssen beim Mannschaftswechsel sehr vorsichtige Handgriffe mit dem Kranken vorgenommen werden, dass dieser keine unangenehme Folgen davon hat.

Verletzte Körpertheile sind sehr sorgfältig beim Transport des Kranken zu behandeln. Besonders sind gebrochene Knochen vorher zu sichern, beim Anfassen und Erheben des Patienten sorgsam zu unterstützen und zu lagern. War ein Arzt anwesend, so hatte dieser für den nöthigen Verband gesorgt. Im anderen Falle haben die Träger, die als Pfleger oder freiwillige Nothhelfer ausgebildet sind, nach den bekannten Regeln zu verfahren. Wenn irgend möglich sollen verletzte Glieder beim Tragen durch andere Personen unterstützt werden, als durch diejenigen, welche den Kranken direct tragen. In zweckentsprechender Weise sind Blutungen zu behandeln. Bei allen Blutungen, besonders bei inneren Organen, sind Erschütterungen noch sorgsamer als sonst zu vermeiden, daher in solchen Fällen besonders gute Wege für die Beförderung auszuwählen. Die Träger haben im Gebirgsschritt zu gehen, d. h. auf dem ungleichnamigen Fusse anzutreten. Wenn nämlich beide mit gleichnamigen antreten, so wird der Kranke auch bei grösster Vorsehrung doch nach der betreffenden Seite, wo der Tritt erfolgt, hinüber geneigt, um dann beim nächsten Tritt auf die andere Seite hinüber

anken. Treten dagegen die Träger mit ungleichnamigem Fusse an, werden diese Schwankungen sehr viel ausgeglichen.

Auch die Kleidung eines Kranken bei seiner Beförderung ist zu beachten. Wenn Jemand plötzlich in einer Fabrik oder auf der Strasse stürzt oder verunglückt, so wird man ihn natürlich in derjenigen Kleidung, welche er gerade an seinem Körper hat, so schnell als möglich seiner Umgebung zur weiteren Versorgung, wo diese auch stattfindet, herausschaffen. Die Bekleidung eines Kranken, welcher sitzend befördert ist, ist bequem und den Witterungsverhältnissen entsprechend einzurichten. Grössere Vorbereitungen sind für diesen Fall kaum erforderlich, desgleichen nicht, wenn der Kranke zu Fuss, oder mit Begleitung, geführt oder gestützt, sich weiterbegeben kann. Anders aber ist die Kleidung zu gestalten, wenn der Kranke aus Behausung, wo er auch bereits das Bett gehütet, in eine andere Wohnung oder — der wohl häufigste Fall — in ein Krankenhaus gebracht werden soll. Der Kranke, welcher liegend transportiert werden soll, ist am besten nur mit einem Hemde bekleidet. Höchstens ist bei Männern ein Unterbeinkleid und bei Frauen ein Unterrock zu gebrauchen. Auf dem Lande, wo der Transport häufig in einem mit Strohkörben versehenen Feldwagen stattfinden muss, kann man wohl auch erlauben, dass der Patient sich vorher noch etwas mehr anzieht, wenn nicht gerade Decken zur Erwärmung des Kranken vorhanden sind. Der Kranke soll also so wenig als möglich bekleidet sein und durch warme Decken gehörig eingehüllt werden, denn besonders bei Schwerkranken und bei Verletzten ist das Anziehen mit grosser Schwierigkeit verbunden. Wird der Patient zuerst in seiner Wohnung angezogen, und dann im Krankenhause wieder ausgezogen, so entsteht für ihn eine gewisse Unannehmlichkeit. Ausserdem ist es auch immer besser, dass die Kleider eines Kranken, besonders eines solchen mit einer ansteckenden Krankheit möglichst nicht mit in das Krankenhause gebracht, sondern in der Behausung des Kranken mit seinen übrigen Gebrauchsgegenständen der Desinfection unterworfen werden. Allerdings können auch die mitgebrachten Kleidungsstücke eines Kranken sogleich im Spital desinficirt werden. In einigen Städten Deutschlands scheint man gegen die im Krankenhause auszuführenden Desinfectionen viele Vorurtheile zu haben. Bei der häufigsten Art der Krankentransportierung in der Grossstadt, wo ein Kranker auf einer Trage liegend in einem Krankenwagen nach dem Krankenhause gefahren wird, ist es auch im Interesse der Nachfolger eines jeden Kranken im Wagen, dass der Kranke mit Stoffen bekleidet ist, welche leicht gereinigt werden können, und auf welchen nicht so viel Unreinlichkeiten haften als an den Stoffen der Bekleidung.

Es ist daher aus Gründen der Kranken- und Gesundheitspflege gegen, dass man in ein Krankenhaus zu befördernden Kranken möglichst wenig Kleidungsstücke am Körper zu lassen.

Wie schon oben bemerkt, ist für ausreichende Bedeckung der

Kranken durch wollene Decken bei jeder Art des Transportes, mag der selbe durch Menschen allein oder auf einer Trage oder im Wagen geschehen, zu sorgen. Bei rauhem Wetter müssen auch noch einige Decken im Vorrath mitgenommen werden für den Fall, dass der Patient unterwegs zu frieren beginnt. Sind derartige Bedeckungen nicht gerade zur Hand, so ist für andere Arten solcher zu sorgen.

Die Haltung und Lagerung eines Kranken ist so einzurichten, dass bei Verletzten die Entstehung weiterer Brüche, Blutungen ausgeschlossen ist. Patienten, welche gehend oder sitzend befördernd werden können oder auch aus Mangel an erforderlichen Geräthschaften u. s. w. müssen, sind nach der Art des Unfalles oder der Erkrankung unterwegs zu halten oder zu unterstützen. Man beachte stets, dass beim Tragen eines Kranken dessen Kopf am höchsten steht. Es wird daher auf einer Treppe beim Hinabsteigen der Kopf des Kranken sich beim hinteren Träger, beim Heraufsteigen aber beim vorderen Träger zu befinden haben. Eine Ausnahme hiervon findet bei Kranken mit Oberschenkelbrüchen statt, bei welchen bei dieser Anordnung das gesammte Körpergewicht beide Bruchenden gegeneinanderdrücken und auch Durchbruch derselben durch die bis dahin unverletzte Haut bewirken würde. Dann besonders auf Treppen oder bei sonst im Längsdurchmesser schräger Haltung des Transportmittels der Kranke nicht zusammenrutscht, ist das Rollkissen am Fussende der Trage erforderlich. Auch zusammengefaltete Decken und andere Dinge sind hierfür zu verwenden. An den Seiten ist der Kranke gleichfalls genügend vor etwaigem Herausfallen zu schützen.

Die Lagerung des Kranken ist auch bei anderen Affectionen, welche oben erwähnt wurden, von Belang. Die verschiedenen Anordnungen richten sich nach der Art des Einzelfalles, bei Blutungen, Eiterung von verschiedenen Organen u. s. w., deren Weiterverbreitung oder Durchbruch beim Transport durch unzweckmässige Lagerung gefördert werden kann. Im Allgemeinen ist zu beachten, dass die Träger gewöhnlich an der gesunden Seite des Patienten an diesen herantreten, falls derselbe ein auf eine Seite beschränktes Leiden hat. Man wähle bei jedem Transport möglichst staubfreie, schattige Wege, Sorge für Mitnahme von Erfrischungen unterwegs, was bei länger dauernden Transporten auch auf der Eisenbahn von Wichtigkeit ist. Bei Verletzten ist für Bereithaltung von Verbandmitteln Sorge zu tragen, um einen erforderlichen Nothverband anlegen zu können. Morphinum, Aether, Wein, Cognac, Selterswasser, etwas Imbiss, Eis, Eisbeutel, Wärmflasche, sollen bei Transporten von längerer Dauer nicht fehlen. Bei jedem Transport von Schwerkranken müssen Begleiter vorhanden sein, von welchen mindestens einer im Wagen selbst Platz zu nehmen hat. Andere besondere Erfordernisse werden bei Darlegung der einzelnen Beförderungsarten noch zu beschreiben sein. Während die Transportmittel sich auf dem Hinwege zum Kranken oder zur Unfallsstelle so schnell als möglich zu bewegen haben, so der Weg mit dem Kranken langsam zurückgelegt werden, im Krankentragen im langsamen Trab, wenn nicht besondere Verhältnisse —

et werden, wenn nicht durch diese selbst eine schnelle Beför-  
g der Patientin, z. B. in eine Anstalt bedingt wird, wenn also bei  
ntbindung Zufälle eintreten, die unter den vorhandenen häuslichen  
knissen die Beendigung der Geburt unmöglich machen. Bekannt  
n grösseren Städten „Droschkengeburten“, wo die Entbindung von  
in einer Droschke auf der Fahrt ins Krankenhaus oder nach dem  
n Hause erfolgt. Meistens ist das lange Aufschieben des Trans-  
der Patientin die Ursache dieses Vorganges, welcher nicht immer  
; für Mutter und Kind abläuft. Andere Gründe für eine während  
Fahrt auftretende Geburt — welche auch im Eisenbahnabtheil und  
n Beförderungsmitteln schon vorgekommen ist — bestehen darin,  
Frauen über den Termin ihrer Niederkunft sich im Unklaren be-  
und von Wehen unterwegs überrascht werden. In anderen Fällen  
lies allerdings nicht zu, sondern die Frauen kennen die Zeit ihrer  
dung, sind aber noch so lange fern von ihrem Hause, bis plötz-  
e ersten Wehen sich einstellen, und dann unterwegs die Geburt

ranke Kinder im zarten Alter können auf dem Schoosse gehalten  
1. Aeltere Kinder sind wie Erwachsene zu befördern. Liegen  
kende Krankheiten vor, so ist in Bezug auf Auswahl des Beför-  
smittels genau zu verfahren, als wenn ein Erwachsener zu trans-  
en ist. Die Beförderung kranker Kinder im Krankenwagen in den  
n wird noch später besprochen werden.

Wichtig ist ferner die Beförderung von Geisteskranken, für welche  
in Wien und Budapest fahrbare Gummizellen benutzt wurden. In  
Städten werden sie aber nicht mehr angewendet und zwar mit  
denn alles Auffallende muss gerade für die Beförderung dieser  
ten — man denke an Deliranten — vermieden werden. wie ich

## B. Besondere Maassnahmen für Krankentransporte.

### I. Für Krankentransport zu Lande.

Die Ausführung und Einrichtung der einzelnen Arten des Krankentransportes.

Die für die Beförderung Kranker zu Lande beschriebenen Vorkehrung und Transportgeräthschaften werden theilweise auch für die Krankbeförderung zu Wasser, im Gebirge, in Bergwerken benutzt und daher bei der Besprechung dort nicht mehr geschildert.

#### 1. Fortbewegung ohne Zuhülfenahme von Geräthschaften.

##### a) Durch eigene Kraft des Patienten

In zahlreichen Fällen kann ein Kranker ohne weitere Hülfe andere Personen sich von seinem Aufenthaltsorte oder vom Orte seiner Erkrankung zu Fuss fortbewegen, sei es dass er bereits an diesem Orte Versorgung erfahren, oder dass er eine solche erst aufzusuchen hat. Ist dies bei leichteren Erkrankungen der Fall, ferner bei nicht schweren Verletzungen besonders an den oberen Gliedmaassen, welche die eigene Fortbewegung des Patienten nicht behindern. Vielfach ist dies bei diesen letzteren durch den Schreck und die allgemeine Erschütterung des gesammten Nervensystems es dem Patienten unmöglich, seinen Weg allein zu nehmen. Diese Verhältnisse sind daher sorgsam vorzuzuwachen, damit nicht ein solcher Kranker unterwegs plötzlich das Bewusstsein verliert und nicht weiter kommt, sondern auf dem Wege liegen bleibt, wie dies nicht allzuseiten vorkommt, besonders wenn Kranke ohne den Rath von Sachverständigen den Weg unternimmt.

Arzt, Pflegepersonal und Umgehung haben vor Ausführung eines jeden Krankentransportes daher alles zu überlegen, was in jedem Falle mitzunehmen und anzuordnen ist, da es unterwegs häufig nicht möglich ist Fehlendes für den Kranken zu beschaffen.

Ein Verletzter kann auch allein gehen, nachdem er vorher von anderen Personen beim Aufstehen von einem Stuhl oder Erheben von der Erde unterstützt ist. In manchen Fällen kann der Patient sich bei leichteren Erkrankungen seiner unteren Gliedmaassen überhaupt allein fortbewegen oder er benutzt zu diesem Behufe als Stütze einen Stock oder einen Stock gleichen. Auch chronische Kranke, Tabiker, Phthisiker, Krebskranke bedürfen zu ihrer Beförderung häufig, wenn ihr Leiden noch nicht vorgeschritten, keiner fremden Hülfe.

Ist eine der unteren Gliedmaassen erkrankt, so wird ein Stock oder auch eine Krücke gewöhnlich auf der gesunden Seite getragen. Bei Mangel eines Beines oder eines Theiles desselben, trägt das Individuum die Krücke als Ersatz auf der Seite des fehlenden Körpertheiles.

## 2. Beförderung von Kranken durch andere Menschen.

Sie hat bei allen Kranken einzutreten, welche nicht fähig sind, ihren durch ihre eigene Kraft zu nehmen. Es kann, wenn nicht mehrnen zur Verfügung stehen, ein Individuum auch einen schwerer Ersten wegschaffen. In anderen Fällen ist aber nur eine Person zu n Zwecke erforderlich. Eine Person kann einen Kranken stützen, en oder tragen. Die Stützung erfolgt in der Weise, dass der te seinen Arm in den seines Begleiters einhängt und sich gegen nlehnt, oder der Führer umfasst den Kranken, wenn möglich auf esunden Seite und legt seine Hand in die abgewendete Achsel des en. Der Patient umfasst dann den Hals des Führers mit dem n zugewandten Arm, während dieser die andere herabhängende des Kranken erfasst und mit seiner Hüfte die Hüfte des Kranken stützt. Der so unterstützte Kranke wird dann geführt. In dieser kann ein Träger einen liegenden Kranken vom Boden auf. Die Führung geschieht auch so, dass der Kranke einen Arm n des Trägers einhängt und sich gleichzeitig auf dessen Arm stützt, die Hände auf die Schultern des vor ihm gehenden Begleiters auf oder sich durch Unterstützung des hinter ihm gehenden Begleiters iden Achseln fortbewegt.

Das Aufheben eines Kranken von einer Stelle, also vom Boden vom Bett, erfolgt noch in anderer Weise. Der Träger tritt an den nden Patienten möglichst von der gesunden Seite heran, legt eine l um den Rücken des Kranken in dessen gleichnamige Achselhöhle, uf der Patient den Hals des Trägers umschlingt, und schiebt die re Hand unter das Becken oder die Kniee des Kranken. Indem nun der Pfleger langsam zur aufrechten Stellung erhebt, erhebt er

Pfleger bei Handhabungen mit dem Kranken hat, desto besser dies für den Kranken selbst ist, und dass, wenn man leicht mit dem Kranken alles Erforderliche beginnen kann, dieser auch Nutzen davon hat.

Hat der Träger den Kranken in der dargelegten Weise emporgehoben, so stützt er ihn mit seiner Brust und kann dann auf kurze Entfernung den Patienten tragen. Es ist erstaunlich, wie auf die eben beschriebene Weise selbst schwächliche Menschen erheblich schwere aufheben können. Nur ist hierzu Uebung erforderlich.

Auch noch in anderer Weise kann ein Mensch von einem anderen getragen werden. Der Träger tritt dem Kranken von vorn gegenüber, umschlingt ihn, während der Patient den Hals des Wärters umfasst und hebt dann den Kranken auf. Meistens wird diese nicht gerade bequeme Art nur für Kranke, welche stehen, zur Anwendung gelangen. Sie ist aber für den Kranken, da sie für den Träger nicht bequem nicht sehr empfehlenswerth. Kann ein Kranker auf dem Rücken des Trägers — huckepack — getragen werden, was nur bei solche Kranken geschehen soll, welche keiner besonderen Ueberwachung bedürfen, so umfasst der Kranke den Hals des Trägers von hinten während dieser seitwärts nach hinten in die Kniekehlen des Patienten fasst und dann dessen Beine vom Erdboden erhebt.

Stehen zwei Personen zur Beförderung eines Kranken zur Verfügung, so ist der Transport erheblich bequemer einzurichten. Stets wenn mehr als eine Person hierfür vorhanden, von einer derselben der Befehl zu übernehmen, damit alle Bewegungen gleichmässig und zielbewusst ausgeführt werden. Gewöhnlich wird der älteste oder derjenige, welcher bereits Erfahrung besitzt, befehlen. In möchte an dieser Stelle hervorheben, dass es dringend erforderlich ist, dass der Krankentransport stets in allen Cursen über Krankenpflege und Erste Hülfe wegen der Wichtigkeit seiner Handhabung genau eingeübt wird, wie dies auch beim Heere bei den Unterweisungen der Sanitätssoldaten und Krankenträger der Compagnien, und auch bei den freiwilligen Helfern, den Mitgliedern der Sanitätskolonnen vom Rothen Kreuz und der freiwilligen Krankenpflege geschieht. Theoretische Vorträge über ein so wichtiges praktisches Gebiet können nicht ausreichen. Die hohe Bedeutung des Krankentransportes für die freiwilligen Helfer wird auch von einem der besten Vertreter des Faches, v. Esmarch, dadurch anerkannt, dass er eine ganze Vorlesung seines auf nur sechs Vorträge eingerichteten Unterrichtes auf den Krankentransport verwendet.

Der Krankentransport durch Menschenhände, besonders durch zwei Träger, ist ein relativ häufiger, da bei Unglücksfällen und auch in anderen Verhältnissen nicht immer sogleich Tragbahnen oder Krankenträger zur Verfügung stehen oder, wie auf engen Treppen, immer gebraucht sind.

Es kann die Beförderung in analoger Weise geschehen, wie beschriebenen Transport durch eine Person, wobei die beiden sich gegenüber stehen, dann aber bei der Fortbewegung seitwärts sch-



müssen, was natürlich nicht bequem und für den Kranken unangenehm ist.

Zwei Personen können einen Kranken durch Führung oder Tragen fortschaffen. Dieselben führen den Patienten, indem derselbe seine Arme in die Arme der neben ihm hergehenden Träger legt oder deren Hals mit seinen Armen umfasst. Getragen wird ein Kranker von zwei Personen, indem dieselben sich zu beiden Seiten oder vorn und hinten vom Kranken befinden. Es ist hierfür die Art und Schwere der Erkrankung des zu Befördernden Ausschlag gebend. Ein Träger wird ja auch nur bei leichteren Verletzungen oder Erkrankungen eines Menschen oder bei ganz kurzen zurückzulegenden Entfernungen genügen. Liegt eine bedeutendere Störung vor, so wird der Helfer, wenn er sich allein befindet, unter Umständen zwar auch den Transport übernehmen müssen, sich aber doch vorher, wenn möglich, eine weitere Hülfe zu verschaffen suchen.

Ein anderes Verfahren der Fortbewegung eines Kranken durch zwei Menschen ist, dass die Träger sich ihre rechte und linke Hand in Schulterhöhe reichen, der Kranke sich gegen die so gebildete Lehne anstützt, während die beiden freigebiebenen Hände der Träger sich gegenseitig unter den Knien des Kranken erfassen und diesen hochheben. So wird eine Art Sessel gebildet, in welchem der Patient sitzen kann. In etwas abgeänderter Weise kann auch ein Kranker von seiner Unterlage erhoben werden. Jeder Träger tritt auf eine Seite des Bettes, oder es lässt sich je ein Träger, falls der Kranke auf der Erde liegt, auf jeder Seite des Kranken nieder, wobei der eine sich auf sein linkes der andere auf das rechte Knie niederlässt. Beide Begleiter kreuzen ihre Hände unter dem Rücken und dem Gesäss oder Schenkeln des Kranken — je nach der Art der Erkrankung oder Verletzung — während dieser sich durch Umschlingung des Nackens der Träger mit seinen Händen festhält. Oder die vier Hände der Träger werden, wenn der Kranke erhoben ist, durch gegenseitiges Erfassen an den Handgelenken zu einem Sitz verschränkt, auf welchen der Patient sich niederlässt, während er mit den Armen den Hals eines jeden Trägers umschlingt.

Auch zwei vorhandene Träger müssen sich genau vor Beginn der Beförderung überlegen, ob sie im Stande sind, die Beförderung allein auszuführen, besonders wenn der zurückzulegende Weg weit ist, oder ob sie nicht weiterer Personen zur Ablösung bedürfen, wie dies wohl meistens der Fall sein wird. Besonders wichtig ist auch für diese Transportart die Körperhaltung des Kranken. Ein Bewusstloser, welcher sich aus eigener Kraft nicht aufrecht zu halten vermag, bedarf besonderer Hülfe und mehr Unterstützung als ein Patient, welcher sich selbst aufrecht halten kann.

Das Niederlegen des Patienten auf ein Bett, auf eine Trage oder erforderlichen Falls auf den Erdboden geschieht so, dass die Träger bei einem sehr niedrigen Bett den Kranken über das Fussende des Bettes herüberheben, und jeder auf einer Seite des Bettes weiterschreiten kann. Im

anderen Falle, oder wenn Gründe gegen ein solches Verfahren sprechen, treten die Träger mit dem Kranken von einer Seite an das Bett, setzen den Kranken vorsichtig auf dieses nieder, lassen langsam die Hände ihm los und heben dann den seitwärts auf dem Bettrande sitzenden Kranken in das Bett hinein. Muss der Kranke mit ausgestreckten Beinen in das Bett hineinbefördert werden, und sind hierfür nur die zwei Träger verfügbar, so erfasst der eine besser den Kranken, welcher z. B. auf einer Trage liegt, von hinten her mit beiden Händen unter den Achseln und belässt die Hände in den Achselhöhlen des Patienten, der zweite Träger erfasst die ausgestreckten Beine des Verletzten, wobei er dieselben an der etwa verletzten Stelle unterstützt, und beide Personen heben gleichzeitig den Kranken an und legen ihn auf das Bett oder auf den Operationstisch oder in besonderen Fällen, welche sich ganz in der vorhandenen Gelegenheit richten, auf den Erdboden, wenn z. B. Jemand aus einem brennenden Hause entfernt werden muss, und anderes Unterkunftsmittel nicht vorhanden ist. Nicht rathsam ist besonders bei Bewusstlosen, deren Athmung behindert ist, dass der hintere Träger seine unter den Achseln fortgeführten Hände über der Brust des Patienten faltet, da hierdurch der Brustkorb des Kranken zusammengedrückt wird.

Müssen die Beine des Kranken nicht gestreckt gehalten werden, erfasst der eine Träger den Patienten so, wie dargelegt, von hinten, während der zweite zwischen den Beinen des Kranken — das Gesicht von diesem abgewendet — tritt und von hinten her die Kniekehlen des Patienten erfasst. Wenn sich nun beide Träger auf Befehl erheben, wird der Kranke von seiner Unterlage miterhoben. Auf gleiche Weise kann der Verunglückte auch getragen werden.

Mit Hilfe von drei oder mehr Personen sind wie bereits kurz erwähnt, Personen mit bedeutenderen Verletzungen zu erheben oder zu fördern. Der eine Träger hat die Verletzung zu beachten oder das verletzte Glied zu unterstützen, oder er umfasst die unteren Gliedmaßen am Knie oder an den Knöcheln, während die beiden anderen in gleicher Weise den Kranken anfassen und aufheben. Der weitere Transport und die Haltung des Kranken richtet sich nach der Art seiner Verletzung und seines sonstigen Zustandes.

Das Absetzen des Kranken in ein Bett, auf einen Operationstisch oder auf eine Trage hat gleichfalls sanft und schonend zu erfolgen, und werden die einzelnen Handgriffe in umgekehrter Weise von den Beträgern ausgeführt wie beim Erheben des Kranken. Auch beim Niederlegen hat ein Träger ein verletztes Glied zu halten und nach Absetzen des Patienten in passender Weise zu lagern.

Der Patient soll stets so getragen werden, dass ein — oder mehrere — Träger ihn während des Transportes beobachten kann.

In ganz gleicher Weise hat auch das Umbetten, die Ueberführung eines Kranken von einem Bett in ein anderes, ferner die Beförderung eines Kranken in eine Badewanne und aus dieser heraus zu erfolgen.

cht Improvisationen darstellen, sondern nach der Eigenthümlichkeit des  
tes, an welchem sie gebraucht werden, im Laufe der Zeit ver-  
biedene ganz bestimmte Gestalt angenommen haben. Es soll hier nur  
die auf Schiffen, im Gebirge oder in Bergwerken gebräuchlichen Trag-  
mittel für Kranke erinnert werden.

### Tragbahren.

Die Transportirung von Kranken vermittelt Tragbahren, die Lage-  
ng des Kranken, das Aufheben, seine Haltung auf der Trage, seine  
leidung und Bedeckung findet nach denselben Grundsätzen statt, welche  
en für die Beförderung eines Patienten durch zwei und mehr Men-  
ben dargelegt wurde. Auch hier ist die Sicherheit und Bequemlichkeit  
s Kranken sowie die übrigen übrigen oben erwähnten allgemeinen Ge-  
htspunkte für die Beförderung stets zu berücksichtigen.

Der Kranke ist auf der Trage genügend festzulegen, damit er nicht  
wa beim Transport herabfällt oder stark erschüttert wird. An vielen  
ragen sind breitere Segeltuch- oder Lederstücke mit Riemen für diese  
ecke vorhanden, in anderen Fällen, z. B. bei den im Gebirge vorhan-  
nen Kraxen, muss man sich in sonst geeigneter Weise zu helfen  
ehen. Die Riemen befestigen den Kranken entweder in der Gegend  
r Brust, oder es ist noch eine zweite gleiche Befestigungsart für den  
anken für die Gegend der Oberschenkel vorgesehen. Tragbahren in  
rgwerken haben sackartige Umhüllungen für die Verunglückten. Ausser  
r eigentlichen Bedeckung des Patienten mit Decken ist besonders für  
agentransporte zu achten, dass durch über Gestelle gezogene Leine-  
und oder Segeltuch der Kranke gegen Witterungseinflüsse geschützt  
rd. An vielen Tragen sind solche Dächer fest angebracht,  
dabe auch dann nützlich sind, den Kranken den Rücken Nahrungsmitteln

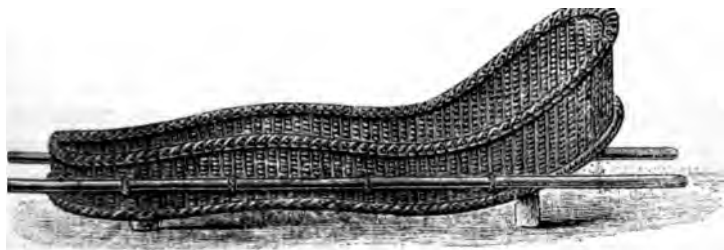


wird, um sie fahrbar zu machen. Ein Korb mit Verbandmitteln sich am Gestell der Räderbahnen, welche in London in besonderen auf den Strassen untergebracht sind.

Auf einer Trage kann ein Kranker auf einige Entfernung getragen werden, welche grösser sein kann, als wenn Menschen allein zur Verfügung stehen. Auch das Tragen auf einer Bahre ist nützlich, da die Erschütterungen, welche das Tragen auch bei Aufmerksamkeit bedingt, der getragenen Person nicht so stark theilt werden, wenn der Kranke sich auf einer Bahre befindet. Der zurückzulegende Weg etwas gross, so werden ausser den beiden zwei Ersatzmänner mitgehen, welche die Träger nach einiger Zeit lösen. Die Trage wird zu diesem Behufe auf den Boden gesetzt, hierbei weniger Erschütterungen entstehen, als wenn die Träger wechseln, indem sie jeder die Tragstangen der in der Luft befindlichen Bahre erfassen. Es ist möglichst Sorge zu tragen, dass die Träger je zwei gleiche Grösse haben. Dies ist wichtig, um den Körper Erkrankten möglichst wagerecht zu halten, was ja wohl in den meisten Fällen erforderlich ist. Auch hierbei ist es stets besser die Trage der Ablösung auf die Erde zu setzen, da, wenn die beiden Ersatzmänner nicht von ähnlicher Grösse sind, als die beiden anderen Begleiter, verschiedene Länge ihrer Arme beim Erfassen der nicht auf der Trage starkes Schwanken dieser bedingt.

Die Zahl der verschiedenen Modelle von Krankentragen ist nicht festzustellen. Beständig werden hier Neuerungen geschaffen, und auch viele ganz brauchbare Modelle von Krankenbahnen vorhanden, so ist ein für alle oder auch nur die meisten Zwecke brauchbares Geräth bis jetzt nicht hergestellt. Wie überall gilt auch hier der Grundsatz, dass je einfacher der Bau der Krankentrage, um so besser der Zweck erfüllt.

Die ältesten zur Beförderung kranker Menschen eigens hergerichteten Geräthschaften sind unzweifelhaft die Tragen gewesen. Aus alten Abbildungen geht ihre einfache Form hervor. Es waren zu einer zusammengefügte Bretter, an deren vier Enden je eine Latte so befestigt war, dass sie zum Erfassen des Geräthes hervorragte. Füsse sind erst später den Tragen angefügt worden zu sein. Auch sind Abbildungen von Geräthen vorhanden, welche an einem Ende einen höheren Rahmen zur Stütze für den Kopf hatten. In späterer Zeit scheinen besonders Tragkörbe in Gebrauch gewesen zu sein. In den Hamburger Rettungsanstalten wurden zu Ende des vorigen Jahrhunderts solche Körbe benutzt, deren sehr zweckmässige Gestalt unsere Abbildung 1 veranschaulicht. Die geschweifte Form gestattet eine sehr bequeme Lagerung des Kranken. Die Hochlagerung des Kopfes geschieht einerseits durch die Hochführung des einen Endes des Korbes andererseits durch die Anbringung höherer Fussstützen am Kopfende als am Fussende. Der Zweck jener Rettungsanstalten war das Korbgeflecht ganz benützt. Vor allen Dingen war die Trage leicht, und wurde



Tragkorb der Hamburgischen Rettungsanstalten 1769.

Geschichtlich bemerkenswerth ist das „englische Tragebett“, welches vom Dänischen Obermedicus Wendt 1816 beschrieben wurde in meiner Arbeit über „Krankentransport“ in der „Real-Encyclopädie der gesammten Heilkunde“ abgebildet ist. Auf einem viereckigen Rahmen, an dessen vier Ecken sich Handhaben befinden, sind an Längsseiten starke Stützen angebracht, auf welchem ein federnder Metallrahmen aufliegt, an welchem durch vier Metallbügel lachartige Bedeckung angefügt ist. An der Unterseite des Metallrahmens ist an Haken vermittelst kurzer Stricke ein niedriger oben offener Korb befestigt, welcher den Kranken aufnimmt. Es ist hier also eine federnde Aufhängung hergestellt, welche beim Tragen des Kranken sich augenscheinlich recht gut bewährt hat. An der gleichen ersten Stelle habe ich ein Tragebett nach Dr. Reiss abgebildet, welches noch vor einigen Jahren auf einzelnen Polizeistationen Wiens benutzt wurde. Dasselbe besteht aus einem eisernen Gerüst, welches nach einer eisernen Bettstelle zusammengelegt werden kann, sodass es einen geringen Raum einnimmt. Im aufgeklappten Zustande ist es eine

wird, um sie fahrbar zu machen. <sup>1</sup>  
 sich am Gestell der Räderbahre  
 auf den Strassen untergebr

Auf einer Trage ka  
 getragen werden, welch  
 allein zur Verfügung s  
 nender, da die Erse  
 Aufmerksamkeit be  
 theilt werden, wer  
 zurückzulegende  
 zwei Ersatzmän  
 lösen. Die T  
 hierbei wenig  
 wechseln, i  
 Bahre erfr  
 je zwei  
 Erkrank  
 Fällen  
 der A  
 nich  
 ver  
 Tr

f

eingewöhnt ist. Befinden sic  
 Gebrauch für Jedermann au  
 würde ihr Zweck verfehlt sein  
 auch ist, dass auch ein Jeder ohn  
 Gebrauch nehmen kann.  
 sind solche, welche in Hinsicht auf di  
 in Frage kommen.  
 mach viele der vorhandenen Modelle, so mus  
 alle diesen Anforderungen auch nur theilweis  
 werden heute aus sehr verschiedenen Stoffen her  
 sind ganz aus Metall, aus Holz, oder aus beiden, oder au  
 sind in Verbindung mit Segeltuch oder andern  
 wie z. B. Leder verfertigt. In neuester Zeit ha  
 verschiedene Arten von Rohr für Tragbahren verwendet  
 für Tragbahren sei, ist schwer zu beurtheilen  
 der beste sehr viel auf die Art der Verwendung derselben an  
 die im Kriege zu benutzenden Bahren ganz ande  
 Anforderungen stellen als an solche, welche in Civilverhältnissen z. B.  
 in Frage kommen. In Bergwerken sind wiederum ande  
 für Zwecke im Gebirge. Hiernach richtet sich  
 Arten im Gebrauch als für Zwecke im Gebirge. Hiernach richtet sich  
 auch der Stoff, aus welchem Tragbahren gemacht werden. Denn hierfü  
 ist viel die Witterung und Temperatur, welcher die Geräte ausgesetzt  
 werden müssen, maassgebend.  
 Besondere Erwähnung verdienen noch die Tragen aus Korbgeflecht  
 in rechteckiger Form, die Krankenkörbe, welche den Hamburgische  
 ähnlich sind. Sie sind innen mit Wachstuch ausgeschlagen und  
 werden mit Unterbett versehen oder sie haben mit Wachstuch ode  
 Segeltuch bezogene Polster. Am Kopfende haben die Krankenkörbe ei  
 aufklappbares Verdeck. Sie waren in früheren Zeiten mehr als jetzt in  
 Gebrauch und sind heute eigentlich nicht mehr häufig vorhanden, da si  
 nicht leicht zu reinigen und zu desinficiren sind. Bei meiner für de  
 Deutschen Samariterbund gestellten Umfrage an alle Deutschen Städte  
 nach den dort vorhandenen Rettungs- und Krankentransporteinrichtungen  
 stellte sich heraus, dass sie noch in der Provinz Schleswig-Holstei  
 häufig Verwendung finden.

In früherer Zeit wurde auch Leder zur Bedeckung der Tragen be  
 nutzt. Dasselbe ist aber jetzt wohl ganz verlassen worden, weil e  
 theuer, schwer zu desinficiren ist und auch sich nicht dem Körper de  
 Kranken so gut anschmiegt als das jetzt meistens benutzte Segeltuch

Die einfachste Bauart einer Trage besteht aus Holz und Segeltuch. Da  
 Gerüst ist ganz aus Holz gemacht, wobei die Füße und die Tragholme  
 mit dem als Grundlage dienenden Rahmen fest verbunden sind. De  
 Kopftheil ist schräg gegen den Unterrahmen aufgestellt. Das Lage  
 für den Kranken ist aus Segeltuch, welches durch Schnüre oder Rieme  
 mit dem Gestell verbunden ist oder seitliche Säume zur Aufnahme de  
 Holme hat. An diesem Grundmodell sind nun im Laufe der Zeit zahl

dern oder in anderer Weise federnd hergestellt, die Holme etwas und mit zur beliebigen Verlängerung in Bügeln hervorziehbaren versehen, wodurch eine Raumersparniss bewirkt wurde, Holztragen brachte man im Grundrahmen kreuzweis verlaufende n, kurz mannigfache Veränderungen, welche jedoch im wesentliche Grundgestalt nicht berührten, wurden erdacht.

ähnlicher Weise vollzogen sich die an den Metalltragen bewirkten rungen. Man benutzte runde Eisenstäbe, welche man sehr bald ichterung des Gewichtes durch Gasrohr ersetzte. Ferner wurde nannrohr und in letzter Zeit Aluminium als Grundlage der Tragen let. Die Holme können durch Hervorziehen von Holz- oder Meen aus hülsenartigen Enden oder in anderer Weise verlängert werden.

Tragstangen besser anfassen zu können, sind die Handgriffe verzug aus Stoff versehen. Der Boden der Tragen wurde aus eis gelegten Metallstreifen oder Gurten hergestellt, in anderen wurden auch Spiralfedern, wie sie früher in Sophas üblich waren, ht stehend oder auch in wagerechter Richtung verlaufend ange-

Auch das in Rohrstühlen befindliche Geflecht dient oft an ntragen als Unterlage für Patienten.

unseren Kolonien sind Tragen in Gebrauch, deren Holme aus srohr bestehen, welches hohl und daher sehr leicht zu handhaben leu sind die von Wulff-Berlin gefertigten Traggeräthe aus Maohr, welches keinen Hohlraum im Inneren hat, aber dennoch sehr ist. Diese Tragen werden so hergestellt, dass das Rohr verschieBiegungen und Krümmungen erhält, so dass die Trage eigentlich as Rohr besteht, welches durch dünne Metallbänder aneinanderen wird. Das Malaccarohr ist also mehr holzartig und soll Witte-

Tragen für den Fall des Nichtgebrauches möglichst klein zu gestalten. Dies suchte man auf verschiedene Weise zu erreichen. Man klappte Trage entweder in ihrer Längs- oder Querrichtung zusammen, indem ein Charniergelenk an der erforderlichen Stelle im Rahmen eingefügt wurde. Die Trage nimmt dann weniger Raum ein, aber im Allgemeinen doch zu sagen, dass dies auf Kosten der Festigkeit des Geräthes geschieht. Nicht zu läugnen ist allerdings, dass für viele Fälle zusammenklappbare Tragen vortheilhaft sind. Es muss dann natürlich der bestehende Kopftheil bei Quersammenlegung niedergelegt werden, während bei Zusammenlegung in der Längsrichtung der aufgesetzte Kopftheil verschiedener Art zum Verschwinden gebracht wird, und sich beim Aufrichten auch zum Theil selbstthätig wieder aufrichtet. Ein Typus für die letztgenannte Art von Tragen bildet die Tragbare Leipziger Samariterversins. Die aus Eisen verfertigten Querleiste des Rahmens sind beide mit einer Längsstange in ihrer Mitte in einem drehbaren Charnier verbunden, sodass der Rahmen in seiner Längsrichtung durch einen gegen die Mitte der Querleiste geführten Stoss auseinandergelegt werden kann. Bei der Charlottenburger Feuerwehr sind beiden Querleisten rundlich nach unten abgebogen, um zu verhüten, dass der Körper des Patienten auf der Mittelstange aufliegt. Das Sege wird beim Einpacken um die Holme herumgewickelt und mit Riemen befestigt.

In einfacherer Art ist das Zusammenlegen in der Längsrichtung einer Reihe anderer Tragen bewirkt.

Verschiedene zusammengelegte Tragen können an Riemen bei von einem Manne auf der Schulter getragen werden, besonders diejenigen, welche zusammengerollt werden können.

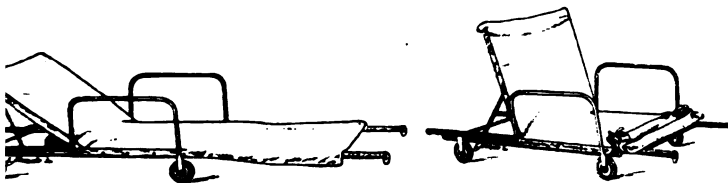
Eine zusammenklappbare Trage, welche durch einen Handgriff brauchfähig zu machen ist, hatte Siff-Hamburg auf der Deutschen Handels- und Industrieausstellung in Lübeck 1895 ausgestellt. Majewski erwähnt, dass Oberstleutnant Hausenblas vorschlägt, berittene Krankenträger für das Heer auszurüsten, und dass die Franzosen schon 1792 berittene Krankenträger hatten. Die Tragstangen der Feldbahnen sollten lanzenartig befördert werden. In dem trefflichen Werk des englischen Generalarztes Longmore über Krankentransportwesen, ist letzterer Vorschlag von Baron Percy beschrieben. Die Krankenträger sind dort zu Fuss mit solchen Lanzen auch abgebe-

Als Decke hat man über den Tragen zum Schutz der Kranken gleichfalls Segeltuch in verschiedener Weise über Stangen oder Rahmen viereckig oder halbkreisartig befestigt, und die Vorderöffnung des Deckens durch eine Gardine verschlossen. Andere Tragen haben vom Fuss bis zur Spitze des Kopfdaches einen Ueberzug. Dieser enthält in manchen Modellen eine mit Glas oder Marienglas verschlossene Oeffnung, welche dem Patienten etwas Licht zuführt und ferner zur Beobachtung des Kranken beim Transport dient. Man hat das Dach der Tragen aus einem viereckigen Rahmen hergestellt, sodass es kastenartig über



gesetzt werden kann. In diesen Fällen ist es meistens von ganz abzuheben und wird erst aufgesetzt, wenn der Kranke der Trage befindet. Bei anderen Tragen ist der Ueberzug voll eingerichtet, damit der Kranke bei günstiger Witterung unbehindert liegt und nur bei schlechtem Wetter bedeckt wird. Die Tragen leicht in einen Wagen schieben zu können, hat ihre Füße oder Gestell am Unterende mit kleinen Rollen versehen. Unsere Abbildung 2 stellt Tragen dar, welche in den städtischen Wagen in Paris gebräuchlich sind. Rechts ist die Trage durch Verschieben und Aufrollen des Bezuges verkürzt, um sie auch als Stuhl verwenden zu können.

Abbildung 2.



Tragbahnen in den Pariser Krankenwagen.

Anbringung der Tragen in oder auf Wagen wird bei der Beschreibung dieser zu erörtern sein. Es sind jetzt viele Verfahren erforderlich, um die für den Kranken störenden und in vielen Fällen gefährlichen Erschütterungen möglichst aufzuheben. Hierfür sollen die erwähnten senkrechten oder wagrecht befestigten Federn, wie in London gebräuchlich sind, dienen. Ganz eigenartig ist die Art der Tragen, wie bei den in den Londoner städtischen Krankenwagen benutzten Tragen eine möglichst ruhige Lagerung des Kranken hervorgerufen wird.

Beschreibung derselben findet sich in meiner Schrift: „Sanitäre Transportwagen in London mit besonderer Berücksichtigung des Krankentransportwesens“ in welcher ich zum ersten Male eine eingehende Schilderung des Rettungs- und Krankentransportwesens in London, das ich im Jahre 1897 sah, gegeben habe. Die Beschreibung lautet an dem Orte:

Die Tragen bestehen aus einem länglichen Holzbrette mit vier Rollen. Auf diesem Brette ruht ein abnehmbares Gummilager, welches aus fünf neben einander liegenden Röhren von der Länge der Trage zusammengesetzt ist; der Durchmesser der Röhren nimmt nach der Mitte der Trage zu ab, so dass die beiden äusseren Röhren den grössten Durchmesser (etwa 18 cm), die dann folgenden inneren kleineren (etwa 12 cm) und die mittelste den kleinsten Durchmesser (etwa 10 cm) durchlässt. Durch diese Anordnung wird eine nach der Mitte des Lagers muldenförmige Lagerung hergestellt. Die Röhren sind in der Längsnaht mit einander verbunden und werden vermittelst kurzer, anhängender, verschliessbarer

Schläuche mit Luft aufgeblasen. Genau der muldenförmigen dieser Röhren angepasst, liegt über dem Ganzen eine Kautschu und am Kopfende ein Kautschukluftkissen.“

Diese letzteren Tragbahnen sind in ausgiebiger Weise zu desir worauf wir bei der Darlegung der Beförderung der ansteckenden K noch weiter einzugehen haben werden. Für Fälle von Massenepi hat Hirsch empfohlen, Tragen bereit zu halten, welche sich durch Einfachheit der Herstellung auszeichnen. Sie bestehen aus zwei S und einem Paar Querhölzern, welche in Füsse auslaufen. Die S werden in die Säume des aus Segeltuch gefertigten Ueberzuges ges während ein Deckel aus Segeltuch über elastisch gebogene Höl spannt wird. Hängen die Ueberzüge recht weit herunter, so ka Patient darin wie in einer Hängematte liegen und ist wenig Ers rungen ausgesetzt.

Selbstverständlich ist auch die Hängematte selbst sehr v Beförderung von Kranken in Betracht gezogen worden. Ihre werden an einer langen Stange befestigt, welche die Träger n Händen oder auf ihren Schultern tragen. Besonders in den Trop die Hängematte viel benutzt wird, war diese Transportirung brauch. Eine bei der Marine mancher Länder gebräuchliche Trag einen viereckigen Kasten dar, welcher auch an einer wagerechten hängt, sodass die Trage gleichzeitig als Bett im Schiffsraum werden kann. Auch die Hängemattetragen werden in dieser We Betten benutzt, was den Vortheil der Raumersparniss bietet. v. l warnt wegen der starken Erschütterung vor der Lagerung von E in Hängematten auf Schiffen.

Hiermit sind wir zur Beschreibung der Krankentragen im w Sinne gekommen.

Einen Uebergang zu diesen bilden die in Bergwerken vorha Tragen, welche gestatten, den Patienten auch in derjenigen Halt befördern, welche für ein Bergwerk wegen des engen Raumes oft in kommt, d. h. in aufrechter Haltung. Der Patient wird auf diesen ausser in der gewöhnlichen Art noch durch Gurte befestigt, welch Achseln umfassen und auf dem Boden der Trage angebracht sin erwähnen sind besonders hierfür ein Deutsches Modell, welches a Zeche Shamrock, wo vortreffliche Einrichtungen für das Rettung Krankentransportwesen gemacht sind, in Benutzung ist. Die betr Trage hat eine Gesamtlänge von 2,34 m und 0,55 m Breite am Ko und 0,46 m Breite am Fussende. Sie „besteht aus 3½ cm starken, hohen Längsträgern, welche durch Querriegel verbunden sind. Gestell ist mit Segeltuch überspannt. Am oberen Ende ist ein auf bares Kopfstück; am unteren Ende steht senkrecht zu den Trägi 25 cm hohes abgerundetes Fussbrett. An diesem Brett ist ein l Halshöhe reichendes Segeltuch befestigt, welches an beiden Seite den Verletzten mit je vier starken Schnallriemen an den Trägi festigt wird und den Verletzten eng anliegend umschliesst. l

dieselben.“ Man kann die Trage mittelst der Kufen in einem von beliebiger Neigung auf der Sohle heruntergleiten lassen, l durch Handschlitze am Kopfende ein Seil geschlagen ist, was n allmählich nachgelassen wird. Vor der Niederlegung auf der wird der Verletzte in eine dicke wollene Decke gewickelt, um röhnlich nach Verletzungen eintretenden Schüttelfrost zu begegnen. s in England viel benutzte Modell „Lowmoor Jacket“ ist wie eine iche Tragbahre gebaut. Der Patient wird hier mit einem von iseln bis zu den Hüften reichenden Schurz aus Segeltuch, welcher rch Riemen zusammengehalten wird, bedeckt, ein schmaler Gurt er den Knien des Kranken zusammengeschnallt. Von dem Schurz verlaufen Riemen schräg nach unten zwischen den Beinen i zu einem grösseren Polster, welches zwischen den Beinen des n gelagert ist. An der am Kopfende der Trage befindlichen ige sind zwei breitere Laschen befestigt, von welchen Riemen , welche durch die Achseln des Kranken hindurchgeführt werden, wenn die Trage aufrecht steht, der Kranke nicht herabfallen

i den für Beförderung kranker Personen in bestimmten Gegenden n Tragen sind ausser den oben genannten noch die Kraxen für rge zu beschreiben. Hier sind die Wege zum Theil so beschwerbegehen, dass es unmöglich ist, einen Kranken auf Tragen dern, welche von zwei oder mehr Menschen getragen werden. sen also die sogenannten „einmännigen“ Tragen zur Verwenangen, mit welchen es für eine Person möglich ist einen Kranken affen, damit der Träger sein Augenmerk auf den zurückzuWeg lenken kann. Die betreffenden Geräthschaften werden mit auf dem Rücken des Trägers befestigt, sodass das Sitzbrett für

Holzstäbe angebracht sind, von welchen die vorderen gegen den Rücken der Träger anliegen. Bei den Tragen der Alpinen Rettungsgesellschaften zu Innsbruck, bei denen der Patient reitend die Beine nach vorn gerichtet hat, verlaufen von vorn oben Steigbügel, in denen die Füße des Patienten befestigt werden, wodurch die Erschütterungen verringert werden. Der Träger kann, wenn seine Hände frei sind, den Gebirgsstock festhalten, um seinen Weg sicherer zu nehmen. Auch die Bauart der Gebirgsträger ist sehr verschieden.

Eigenartig ist die Gebirgs-Krankentragbahre „Passe-partout“ von Dr. Henggeler-Zürich, welche gestattet, einen Kranken in jeder beliebigen Position und Haltung zu tragen. Auch als Schlitten, auf dem auf dem Pferde befestigt ist diese Trage zu benutzen, sodass sie vorzüglich für Gebirgsgegenden, wo sehr verschiedene Arten von Verwundeten befördert werden können, geeignet ist.

Gleichfalls für die Beförderung im Gebirge, oder wo sonst keine Wege vorhanden sind, brauchbar, sind Tragschürzen, deren Benutzung eine sehr einfache ist. Sie bestehen nach dem Vorschlage von Majewski, aus einer dreitheiligen Schürze, welche aus doppelter, feiner Leinwand (Gradl) gefertigt, an einem starken Leibriemen befestigt ist. Der mittlere Theil der Schürze dient zur Unterstützung der Gesässenden der Verwundeten, und ist daher bestimmt, sein Hauptgewicht zu tragen, die seitlichen zwei Theile dienen zur Suspension der Oberschenkel der Verwundeten. Der Vorgang beim Aufladen ist folgender:

Der Blessirtenträger kniet nieder, der Verwundete umfasst mit seinen unteren Extremitäten rittlings den Körper des Trägers; der mittlere Schürzenthail wird nach oben umgeschlagen, die an demselben befestigten zwei Gurte unter den Achseln des Verwundeten und über die Schultern des Trägers geführt und vorne an Leibriemen angeschnallt. Die seitlichen Schürzenthailen werden um die Oberschenkel des Verwundeten geschlagen und vorne auf den Gurten aufgehängt. Der Blessirte hebt jetzt den nunmehr sicher sitzenden Verwundeten, welcher seine Hände auf den Schultern des Trägers ruhen lässt; die Hände des Trägers sind frei und können zum Tragen der Waffen des Verwundeten oder zum Handhaben eines Gebirgsstockes benützt werden.

Einen fernerer „Vorschlag zur Sanitätsausrüstung im Gebirge“ macht Majewski mit der Beschreibung seiner Tragmatte. Sie soll zur Beförderung von Schwerverwundeten im Gebirge dienen und „besteht aus einer trapezförmig zugeschnittenen doppelten Segelleinwand von folgenden Dimensionen: Obere Breite 30 cm, untere Breite 60 cm, Länge 90 cm; die untere Hälfte der Tragmatte ist durch Gurte verstärkt, welchen zwei Traggriffe befestigt sind, die obere Hälfte der Matte ist an ihren Ecken mit zwei Gurtenschleifen (60 cm lang) ausgerüstet. Gebrauchsanweisung: Der Träger No. 1 schlüpft mit dem rechten Arm den Kopf in eine Gurtenschleife hinein und erfasst mit der rechten Hand den entsprechenden Traggriff; der Träger No. 2 bedient sich derselben Procedur des linken Armes und der linken Hand. Der

der Verwundete wird in eine sitzende Lage gebracht und auf der unterschobenen Tragematte sitzend gehoben. Er sitzt auf der unteren Hälfte der Matte, die obere Hälfte bietet ihm eine bequeme Rückenlehne; der Verwundete stützt sich mit seinen Händen an dem Hals der Träger nicht zu. — eine Wohlthat für ihn und seine Träger. Jeder Träger kann mit seiner freien Hand einen Gebirgsstock benutzen. Die Trage wiegt 1,5 Gramm“.

Diese Tragematte ist bereits mit Abänderungen versehen worden. Es entsteht dann eine Form, wo ein etwa ein Quadratmeter grosses Segeltuch an zwei aneinander gegenüberliegenden Seiten querüber trägt. Letztere werden in ihrer Mitte erfasst, wo hierfür ein Stück Segelleinens herausgeschnitten ist. Diese Trage wird entweder sofort mit Zuhilfenahme von Gurten, welche die Träger über die Schultern nehmen, und welche an der Trage befestigt sind, getragen.

Die Abbildungen der von Majewski angegebenen Traggeräthe finden sich im Jahrgang 1897 der Wiener Medicinischen Presse. Dort findet auch noch eine „Rückentrage“ desselben Autors beschrieben, bei welcher der Rücken des Trägers einen bedeutenden Theil der Trage bildet. Sie besteht aus einer doppelten etwa rechteckigen Segelleinwand, deren Kopftheil gespalten ist, während der Fusstheil durch zwei hölzerne 110 cm lange Tragstangen verstärkt ist. Es wird die Trage auf dem Boden ausgebreitet, der Verwundete darauf gelagert und dann in sitzende Lage gebracht. Ein Träger kniet nieder, ergreift das getragene Ende der Trage mit dem Rücken gegen dieselben gewendet, der zweite Träger erfasst knieend die beiden Tragstangen am Fussende. Die beiden Gehülfen ergreifen je eine Tragstange links und rechts. Alle vier knien gleichzeitig den Kranken, wonach die beiden Gehülfen abtreten. Die beiden Abladen knien beide Träger unter Hülfe von zwei Gehülfen nieder, der Verletzte wird aus der Rückenlage in die wagerechte gebracht. Der Rücken des ersten Trägers dient als Rückenlehne. Die Hände des Kranken ruhen auf den Tragstangen. Ein Gurt am Ende der Trage verhindert das Hinabrutschen der Kranken. Die Trage wiegt nur 1,5 Kilo. Leicht — 2 Kilogramm schwer — ist eine neu hergestellte Tragematte, welche aus Segeltuch und 6 Malaccarohrstäben besteht. Das rechteckige Tuch hat in der Mitte in Querrichtung eine Naht, an den 4 Seiten sind Doppelsäume, welche die Stangen aufnehmen. Die Trage wird in querrer Richtung eingesteckt, während je 2 in Längssäume und zwar auf jeder Seite bis an die Naht geschoben werden. Sowohl am Kopf- und Fussende als auch an den beiden Seiten ragen in den Mitten die Stäbe frei hervor, indem die Säume nicht bis an den Rand heranreichen. Hier kann die Trage von den Trägern getragen und durch betreffende Haltung des Kranken gegen die Naht dem Kranken eine sitzende oder liegende Lage gegeben werden, sodass sie sich auch anscheinend als Sitztrage auf Treppen u. s. w. eignet. Ferner kann sie durch Anbringen der Transportgurte als Hängematte benutzt werden. Das Trag-

tuch wird zusammengerollt und mit den Stäben zusammengewickelt, sodass es auf dem Rücken eines Mannes fortgebracht werden kann.

Tragbare Krankenbeförderungsmittel stellen auch die Sänften, welche früher z. B. in Dresden gebräuchlich waren. Sie sind coupirt gebaut und haben an den Seiten Tragstangen, mit welchen sie fortbewegt werden. Die in einzelnen Ländern vorhandenen Abweichungen von diesen Formen werden noch bei den späteren Beschreibungen erwähnt werden.

Sehr zweckmässig zur Benutzung auf engen Treppen und in engen Räumen sind die v. Mundy angegebenen Stiegensessel oder Dachkammertragen. Die Abbildungen dieser finden sich in mehreren mehrfach erwähnten Arbeiten. Der Stiegensessel ist ein Stuhl mit Armlehnen und Fussbrett, welcher auf kleinem Raum zusammengeklappt werden kann. Zu beiden Seiten des Sitzes befinden sich je zwei Ringe, welche von den Trägern erfasst werden oder zum Durchstecken von zwei Tragstangen dienen. Czerny hat durch ein einfaches Verfahren diese Stuhltrage gleichzeitig zu einer Tragbahre verwandelt, welcher ein liegender Kranker befördert werden kann, während die andere Form geeignet ist, sitzende Kranke auf Treppen zu transportieren. Czerny hat vorn am Sitzbrett eine nach unten zu klappende Verlängerung angebracht, welche je nach Bedürfniss für einen sitzenden oder liegenden Kranken eingestellt wird. Die Dachkammertrage hat auch während der Gebirgskriege Verwendung gefunden. Sie ist stuhlförmig mit den Beinen befestigten Ringen zum Durchleiten der Tragstangen. Das Fussbrett geht ein Segeltuch nach oben, um den Kranken ganz zu decken, während auf der Lehne am oberen Ende ein festes Dach angebracht wird. Solche und viele andere Tragmittel sind für Zwecke gegeben worden, wo die vorhandenen Tragen wegen bestehender Hindernisse nicht zu gebrauchen sind, sei es dass enge Wege auf Schienen in Bergwerken, in Häusern, in Gebirgen oder dergleichen stattfinden. Ein weites Feld bietet sich hier für die weiter unten zu besprechenden Improvisationen.

Um den Kranken von seiner Lagerstätte aufzuheben — eine indirecte Krankenbeförderung, oder vielmehr Krankentransportation von seiner Unterlage — sind

### Krankenheber

angegeben. Dieselben werden bei schwerbeweglichen Kranken verwendet, um dieselben zu einem Verbandsverbande vorzubereiten oder zu verbinden, fern um dieselben in Ordnung zu bringen, den Kranken aus einem Bett in ein anderes zu legen, indem der Kranke von seinem Lager gehoben wird, dieses entfernt und ein anderes untergesetzt wird. Der Kranke wird dann wieder herabgelassen und auf das neue Bett — oder eine bereitgestellte Badewanne zur Herstellung eines Bades — geliegt. Die hierfür ersonnenen Geräthe sind gewöhnlich etwas umständlicher, indem ein grosses Gerüst über das Bett gesetzt wird, an welchem

chiedene Klammern angebracht sind, welche den Kranken umfassen. Durch über Rollen geleitete Stricke, welche durch eine Kurbel angezogen werden, kann der Kranke emporgehoben werden. In neuerer Zeit hat man diese Geräthe zu vereinfachen versucht, indem man z. B. den Kranken auf ein Laken legte, an dessen Rand Ringe befestigt sind, durch welche Stricke verlaufen. Letztere endigen in Gurten, welche zu einem innerhalb des Kranken vorhandenen gemeinsamen Ringe sich vereinigen, nach welchen in ähnlicher Weise wie vorher der Patient mittelst Heberichtung gehoben wird. Dadurch dass der Kranke stets auf dieser Unterlage liegt, und nicht erst auf dieselbe immer wieder, wenn es nöthig, gebracht werden muss, ist für diese Zwecke eine grössere Bequemlichkeit für den Kranken ermöglicht. Bei anderen Apparaten wird ein Gerüst an den Bettstangen befestigt.

Zu nennen sind hier die Apparate von Beck-Bern (Pantokom), Redding-Halberstadt, Bensch-Berlin, P. Jacobsohn-Berlin, Manowski (Suspensor) Mendelsohn-Berlin und Merke-Berlin. Bei einigen dieser liegt der Kranke stets auf der Unterlage, welche im Bedarfsfalle mit dem Kranken gehoben wird.

#### β) Von Thieren getragene Transportmittel.

Diese sind dadurch entstanden, dass unter gewissen Umständen andere Transportmittel schwer oder gar nicht zu benutzen, oder nicht zur Stelle sind. Ihre Hauptanwendung haben sie unter gewissen Umständen noch heute in den Tropen, in Indien, Japan, ausnahmsweise in unseren Gegenden in Gebirgen oder in improvisirter Weise, wenn es z. B. bequemer erscheint einen Kranken, wenn ein Thier zur Verfügung steht, durch dieses anstatt durch Menschen forttragen zu lassen. Von den Thieren, welche hierfür benutzt werden, sind zu nennen Pferde, Maulthiere, Rinder, Kameele, Elephanten, Hunde.

Die Geräthschaften für diese Transportarten sind der Eigenart des Thieres angepasst. Für Pferde und Maulthiere sind Cacolets vorhanden, Sitzgelegenheiten, welche zu beiden Seiten des Sattels des Thieres angebracht sind. Die Kranken befinden sich entweder in der senkrechten Richtung zum Thier oder parallel mit der Längsrichtung desselben. Über dem Geräth ist ein Dach befestigt, der Patient sitzt auf einem kleinen Sitz, welcher mit Armlehnen und Fussstütze versehen ist. Gleichfalls zu beiden Seiten des Thieres, aber in seiner Längsrichtung sind die Litières (Litters) befestigt, welche dem Kranken liegende Haltung gestatten. Sie sind mehr tragenartig gestaltet und mit einem vollständigen Ueberzug versehen, unter welchem der Kranke gut gegen die Witterung geschützt ist. Auch Tragkörbe mit Verdeck nach Art der Conditorkörbe sind im Amerikanischen Rebellionskriege zu den Seiten der Maulthiere angehängt worden, um Verwundete liegend zu transportieren. Zwischen zwei Thieren können Kranke getragen werden, wenn die Holme der Tragbahnen so lang sind, dass dieselben am Sattel der hintereinander schreitenden Thiere befestigt werden können. Hierher

gehörig ist die von Pferden gezogene Schleifbahre, deren am Kopfe befindlichen Tragholme zu beiden Seiten des Sattels des Thieres befestigt werden, sodass das andere Ende der Trage sich auf dem Erdboden befindet. Der Kranke liegt hier also schräg nach unten geneigt. Auch für Kameele bestimmte Tragmittel sind angegeben, welche sitzende und liegende Stellung des Kranken zu beiden Seiten des Thieres gestatten.

Ferner sind zwei Thiere, Maulthiere, zur Beförderung eines Kranken benutzt worden, indem die genügend langen Holmen des Traggeräthes an den Sätteln der beiden Thiere so befestigt werden, dass der Patient zwischen den schreitenden Thieren sich befindet.

In neuerer Zeit hat man auch sich der Hunde für den Sanitätsdienst bedient. Diese Thiere eignen sich, wie aus den Leistungen der berühmten Bernhardiner bekannt ist, in vorzüglicher Weise für sanitäre Dienste beim Menschen. Es sind in letzter Zeit auch Vorrichtungen angegeben worden, mit welchen die eigens hierfür ausgebildeten Hunde Menschen forttragen können. Die weitere Verwendung der Hunde für den Sanitätsdienst wird noch beim Rettungswesen zu besprechen sein.

## b) Beförderung von Kranken durch fahrbare Transportmittel

### α) Durch Menschenkraft fortbewegte.

Wenn man eine Krankentrage von der oben beschriebenen typischen Gestalt auf ein Rädergestell setzt, so erhält man eine

#### 1. Räderbahre.

Diese sind meistens so gebaut, dass die Trage unabhängig von ihrem Untergestell gebraucht werden und wenn erforderlich auf das Rädergestell aufgesetzt werden kann. Auch für diese Art von Beförderungsmitteln sind im Laufe der Zeit zahlreiche Modelle angegeben worden.

Wohl als eine der frühesten ersonnenen Vorrichtungen für bequemen Transport von Kranken — abgesehen von den „elastischen Wagen“ von Goercke — ist die „Bequeme chirurgische Lagerstätte, die zugleich als Krankenstuhl, Krankenheber und Transportvorrichtung mit oder ohne Räder gebraucht werden kann“, vom Bayerischen Stabsarzt Koppenstätter aus dem Jahre 1831 anzusehen. Ihre Beschreibung und Anwendung gebe ich im Wortlaut wieder, da hier bereits die für den Krankentransport wichtigen Gesichtspunkte und die Bedeutung einer sachgemässen Beförderung von Kranken und Verwundeten — im Kriege und im Frieden — nach modernen Grundsätzen ausführlich gewürdigt werden.

„Der Zweck dieser neu construirten Kunst-Vorrichtung ist, bey irgend einem plötzlichen Unglücksfalle und in Krankheiten aller Arten jedem Mitmenschen mittelst derselben schnell und zweckmässig beystehen zu können.

Sowohl bey plötzlicher Trennung der Continuität eines Knochens als auch meistens in andern Unglücksfällen und Krankheiten, wird eine zweckmässige Lage zur Hauptbedingung; denn von einer zweck-



nässigen Lage hängt, meines Erachtens, nicht allein der günstige Erfolg einer zweckmässigen Heilung, sondern oft selbst die Förderung des Lebens ab<sup>1)</sup>).

Und es ist überdies die höchste Pflicht des Menschen und insbesondere des Arztes jedem seiner Mitmenschen, sowohl dem in tapferer Erfüllung seines Berufes schwer verwundeten Kriegers, als auch dem in anderer Berufszeit für seinen (und seiner Familie) Lebensunterhalt sorgenden Verunglückten auf möglichst milde und verlässige Art Hilfe zu leisten.

Zur Erfüllung der gerechtesten Ansprüche der Verwundeten und sonst Verunglückten also dürften diese wenigen Gründe schon hinreichen, um in jeder fühlenden Brust den Wunsch darnach zu erwecken.

Herzzerreissende Erscheinungen sollen wenigstens, da die Verhütung der Unglücksfälle nicht immer in unserer Macht steht, durch unsern Beystand möglichst gemildert werden.

Ich widmete daher bey dieser Lagerung mein vorzüglichstes Augenmerk der Lage des Patienten während der ärztlichen Behandlung und auch des Transportes, was gewiss von grösster Wichtigkeit ist.

Dieser Apparat muss nun, um als Stuhlbrett zu dienen, nicht allein die bisher zu diesem Zwecke ersonnenen, bekannten Verrichtungen, als Betten und Stühle etc., die wegen ihrer oft abschreckenden Form und ihrer allzu grossen Kostspieligkeit und zu complicirten Constructionen nicht überall in Anwendung gebracht werden können, übertreffen, sondern auch alle diese bekannten so vereinigen, dass sie, gleichsam in einander verschmolzen, leicht und schnell in der einen oder anderen Form beliebig angewendet werden können.

Den früher angewendeten, zweckwidrigen Behandlungsweisen, insbesondere bey Transporten und Lagerungen, entgegenzuwirken, sey der Zweck der Beschreibung dieser kleinen Kunstvorrichtung, bey der ich nichts, als das Wohl der leidenden Menschheit beabsichtige, und nebenbey dem Arzte seine ohnehin mühevollen, meistens undankbare Arbeit, in so weit zu erleichtern wünsche, dass er wenigstens in Folge dieser unzweckmässigen Verfahrensarten bey der Heilung keine stärkeren Hindernisse zu bekämpfen habe, als diejenigen sind, welche ihm die Verwundung selbst entgegenstellt.

Wenn es gleich unmöglich ist, ein wahres Bild der Jammer scenen, die durch unzweckmässige Lagerung und einen das Uebel nur verschlimmernden Transport herbeygeführt werden, zu entwerfen, so will ich doch in Kürze Folgendes erwähnen:

Bey Civil-Personen geschieht die Transportirung der arbeitsamen und grösstentheils ärmern Klasse (von Maurern, Zimmerleuten etc.) von den in Sandgruben, Steingruben, Forsten, Bergwerken, Kellerbauten und del. Arbeitenden, welche das Unglück hatten, ein Bein zu brechen, oder

1) Auf diese schon damals geäusserte Meinung sei besonders hingewiesen. G. M.



...geschwinder erledigt werden kann, als durch das Tragen zwey oder mehreren Menschen; dass folglich bey einer mässigen fernung der Arzt einen grossen Theil an der ihm so nöthigen Zeit spart, und den ihm anvertrauten Patienten früher verbinden, oder stige ärztliche Hülfe eher leisten kann, als bis sich andere Symptome zeigen, welche die Heilung erschweren oder vielleicht gar unmöglich machen.

3. Es ereignet sich nicht selten, dass der Kranke während des Transport in den Fall kommt, seine Nothdurft verrichten zu müssen. Indet er sich nun unter den Händen unkundiger, oft roher Leute, so geschieht es gewöhnlich, dass er auf die unbarmherzigste Art ab- und so wieder aufgeladen wird, wodurch ausser den heftigen Schmerzen neue Uebel herbeygeführt werden können, die die ärztliche Hülfe-ung verlängern, selbst oft grössere Gefahren noch dem Patienten den; während auf meinem Transport-Apparate kein Zeitverlust geht, sondern der Patient allen seinen natürlichen Bedürfnissen Gen-ge leisten kann, wenn die Kleider hinten aus den Nähten getrennt den, ohne aufgehoben werden zu dürfen, und neuen Schmerzen unter-en zu müssen.

4. Während des Transportes, wo der Patient oft nicht einmal ver-den ist, wird eine zweckmässige Lage nicht allein die Schmerzen ern, sondern der Arzt erhält durch eine gleichruhige Lage den Vor-l, dass er die Wunde so in die Hände bekommt, wie sie Un-chicklichkeit, Bosheit oder Zufall geschaffen hat, und er hat auf-be Weise wenigstens nicht auch noch mit den Folgen einer zweck-rigen Verfahrensart von Seiten unkundiger, oft roher Menschen zu opfen.

5. Die Verfertigung dieses Apparates ist leicht und nicht mit zu

wenn man sie zu ihrem eigentlichen Endzweck nicht eben nothwendig haben sollte, z. B. im Felde zum Transport des Brodes, der Four und hundert anderer Artikel, die im Bivouak und im Lager hingeheschafft werden müssen, wozu man sich gewöhnlich einer Menge Menschen bedienen muss, die ihre ihnen so nöthigen Erholungsstunden aufopfern müssen, was es nicht bedürfte, wenn eine gewisse Anzahl solcher kleiner fahrbarer Lager-Vorrichtungen vorhanden wären, die im Falle des Bedarfes der Compagnie zur Disposition gestellt würden. Auch auf Märschen wären sie zur Fortbringung solcher, die sich wieder erholen, sehr dienlich.

8. Eben so habe ich mein Augenmerk darauf gerichtet, dass dieselbe leicht zerlegt und ebenso leicht wieder zusammengesetzt werden kann. Es bedarf nicht der geringsten Kunst, kaum einer Anweisung; die Zusammenfügung eines solchen Wagens, deren, wenn sie zerlegt sind, 25 auf einen Leiterwagen in der äussersten Geschwindigkeit gebracht werden können. Eine solche Anzahl von Wagen wäre für eine ganze Brigade hinlänglich, die erforderlichen Dienste zu leisten.

9. In Dörfern oder auch unter den Armen in den Städten bietet diese fahrbare Lagerstätte noch einen besonderen Nutzen dar, welcher dem practischen Arzte nicht selten willkommen seyn wird. Diejenigen Leute nämlich, welche am meisten Unglücksfälle dieser Art erleiden, sind gewöhnlich aus der Klasse der ärmsten, der arbeitsamen Menschen. Solche Leute haben selten mehr als ein Bett, in welchem Mann und Frau beysammen schlafen, das sich dann auch meistens an den dunkelsten Stellen einer niedrigen Wohnstube befindet. Die Behandlung wird in diesem Falle nie beginnen, noch der Erfolg erwünscht ausfallen können, wenn sich auch der Arzt mit einem brennenden Spaten leuchtet, oder mit dem stets erneuerten Transport des Patienten zur hellen Stelle des Zimmers sich begnügen wollte, was selbst nicht immer geschehen kann; denn oft ist der Patient allein zu Hause, oder nur unter der Aufsicht alter, kraftloser, tauber oder sonst gebrechlicher Personen oder junger Leute, die selbst zur Feldarbeit noch untauglich sind; ist doch immer zu berücksichtigen, dass man dem Patienten stets neue Schmerzen verursacht, und dadurch in einer Minute mehr Schaden zufügen kann, als Tage, ja Wochen lange Bemühungen des fleissigen Arztes wieder zu verbessern im Stande sind. Diesem kann auf eine leichte und wohlfeile Art allein dadurch abgeholfen werden, wenn der Patient in dieser Transport-Vorrichtung in seine Wohnung gebracht, und derselben bis zur Beendigung der Heilung liegen gelassen würde, dieselbe als Bett gebraucht werden kann.

10. Sie bietet den Vortheil dar, dass der Arzt auf allen Seiten seinem Patienten gelangen kann, dass er seinen ärztlichen Verrichtungen an einer hellen Stelle mit aller Bequemlichkeit obliegen, ja den Patienten drehen lassen kann, ohne dass er es verspürt. Niemand unruhigt ihn des Nachts, und wenn er seine natürlichen Bedürfnisse

bedürfen muss, kann dieses von ihm selbst oder mit Hülfe eines Kindes geschehen.

11. In Militär- sowohl, als in Civil-Spitälern hätte er auch vor allen Traghahren, Portchaisen und viereckigten Tragsesseln, die so theuer und abschreckend und unbehülflich sind, grosse Vorzüge.

12. Der ganze Körper des Patienten, sowie jeder einzelne Theil desselben kann bequem und sicher gelagert werden.

13. Er ist für grosse und kleine Menschen gleich brauchbar.

14. Dieser Lager-Apparat muss auch eine kühlende, harte, nicht weiche, erhaltende Unterlage haben.

15. Er gestattet jede Seitenbewegung, so wie am Hüft- und Kniegelenke eine stumpf- oder rechtwinkliche Beugung mit oder ohne Erhöhung des ganzen Körpers, oder der einzelnen Gliedmassen, des Ober- und Unterschenkels.

16. Er lässt jede Bewegung ohne Nachtheil zu, schwebend und nicht schwebend, ohne Abmattung ist jeder Wechsel der Bettwäsche und das Ordnen der Unterlage möglich, das Unterschieben von Bettstücken, Beybringen von Klystieren etc.

17. Er dient als vollständiges Beinbruch-Etui für die untern Gliedmassen mit freyem Zulass von unten.

18. Durch die am obern Theile angebrachten Reifen wird der Kranke gegen den ungünstigen Einfluss der Witterung hinlänglich geschützt, so wie er an den untern Theilen des Körpers nur einer wollenen Decke bedarf.

Wir finden in diesen Ausführungen, welche auch vom Standpunkt der allgemeinen Medicin und Hygiene hohes Interesse verdienen, die meisten Anforderungen wieder, welche an zweckmässige Krankenbeförderungsmittel zu stellen sind.

Es müssen die fahrbaren Krankentransportgeräte die gleichen Bindungen erfüllen, welche für die Beförderungsmittel von Kranken der Verunglückten im Allgemeinen Gültigkeit haben. Bequemlichkeit und Sicherheit für den Patienten, Einfachheit im Bau, Leichtigkeit und Möglichkeit zur genügenden Desinfection sind die Haupterfordernisse auch für diese Beförderungsmittel, welchen nicht alle der bekannten Modelle gegen. Gewöhnlich besteht das Untergestell aus einem Rahmen, welcher solche Abmessungen wie der Rahmen der Trage besitzt. Die Trage wird dem Kranken beladen auf das Gestell aufgesetzt und hier in verschiedener Weise befestigt. Es sind für diesen Zweck Federn angegeben, in anderen wird die Trage durch Schrauben am Gestell angebracht oder durch knieförmig gebogene Hebel festgehalten.

Bei einigen Modellen hat der Rahmen des Untergestells seitliche Oefnungen, in welche die Trage wie in Schienen hineingeschoben wird. Es sind auch Rädergestelle ohne Rahmen vorhanden, bei welchen die Verbindung mit der Trage dann wieder in anderer Weise erfolgt.

Andere Fahrbahren haben ein Obertheil, welches aus einem Korbe oder kastenartigen Gestell besteht. Letztere sind gleichfalls mit Wachs-

tuch ausgeschlagen, oder werden mit einem Unterbett für den Kranken gepolstert. Oder sie sind auch mit Polstern, die mit Wachstuch oder Segeltuch überzogen sind, versehen. Ausser dem Krankenkorb gehören zu dieser Gruppe die fahrbaren nach Stecher und Jahn. Eine andere Art von Räderbahnen, zu welchen die sehr geschickte Soltsien-Altona ersonnene gehört, bestehen aus einfachen Tragen, welche auf das Gestell aufgesetzt werden. Letztere haben gegenüber den Körben den Vorzug, dass sie besser und gründlicher gereinigt und desinficirt werden können, eignen sich aber weniger für Schwerverletzte, welche in dem gepolsterten tiefen Gestell wieder besser liegen, als auf einfacher Trage. Die Räderbahre von Stecher hat ein aus Holz und Segeltuch gefertigtes Gestell mit einer Matratze aus Holzwohle, welche bei der Desinfection verbrannt wird. Ferner erwähne ich noch die von Sir John Furley angegebene zweirädrige fahrbare „Ashford Litter“ hier zu erwähnen, welche in England und den Colonien sehr verbreitet ist. Hier überragt die Trage das kürzere Radgestell.

Die Hauptunterschiede an diesen Bahnen bestehen in der Anzahl der Räder an dem Gestell. Es giebt Räderbahnen mit zwei, drei, vier und mehr Rädern. Die Räder sind gewöhnlich jetzt mit Gummireifen belegt oder bestehen aus Pneumatics. Zwei Räder sind gewöhnlich in der Mitte des Gestells angebracht. Von dreien ist das eine vorn und zwei hinten, während die beiden anderen in der Mitte oder mehr nach vorn oder mehr nach hinten liegen. Ferner sind am Gestell Füsse, welche dazu dienen, das Geräth festzustellen, um den Kranken mit der Bahre abzuheben oder aufzulegen. Die Zahl der Füsse ist gleichfalls eine verschiedene. Entweder ist ein solcher vorn oder hinten in der Mitte oder je einer vorn und hinten oder zwei. Hat das Gestell vier Füsse, so sind diese auch hinten und vorn zu je zwei mit einander verbunden. Die Räder sind auch mit Blattfedern versehen, während die Füsse durch mannichfache Vorrichtungen bei der Bewegung der fahrbaren nach oben ausgeschlagen werden können, um nicht beim Fahren zu hindern. Soll die Trage feststehen, so werden die Füsse auf dem Boden festgestellt. Eine Bedeckung des Patienten ist ein Ueberzug vorhanden, welcher entweder über einem Gestell von halbkreisförmigen Reifen befestigt ist, oder der den Kopf ist noch ein besonderes Dach angebracht, sodass der Patient hier einen grösseren Raum über sich hat. Im Ueberzug sind wie bei den Tragbahnen an verschiedenen Stellen, vorn, hinten oder an den Seiten noch Fensteröffnungen eingelassen, welche bisweilen offen stehen, aber meistens mit Glas etc. verdeckt werden.

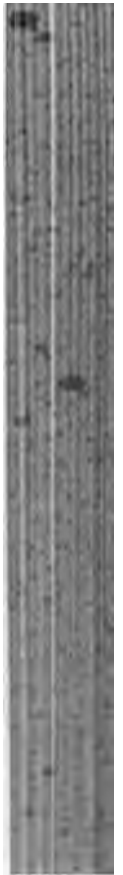
Die Abbildungen des fahrbaren Krankenkorb, der fahrbaren nach Stecher und der ausgezeichneten Räderbahre von Soltsien finden sich gleichfalls in meiner Arbeit.

Auch die oben erwähnten Tragen aus Malaccarohr sind mit Räderuntergestell verfertigt worden.

Die Art der Beförderung der Kranken mit einer Räderbahre stellt sich in entsprechender Weise wie mit einer Tragbahre. Nach

aches angebracht. Ich habe in London auf der Strasse solche  
n in Anwendung gesehen. Es wurde hier das Geräth so ge-  
ss die Richtung des Körpers des Kranken eine schräg geneigte  
i der Kopf am höchsten stand. Die wagerechte Haltung wird  
tens angebracht sein.

Räderbahren sind also in manchen Fällen anzuwenden, wo es  
krankentransporte von längerer Dauer als bei Tragen handelt,  
das Schieben oder Stossen die Begleiter nicht in sehr erheblicher  
gestrengt werden. Sie kommen auch in Frage, wo beschränktere  
verfügbar sind, um die Pferde zu ersparen, deren Unterhaltung  
z immer mit grösseren Kosten verbunden ist. In kleineren  
n, ferner in Fabriken werden Räderbahren von zweckmässiger  
it Vortheil zu benutzen sein. Haben dieselben vier Räder, so  
e auch von Pferden fortbewegt. Jedoch ist zu sagen, dass es  
Fällen besser ist, eigene Krankentransportwagen zur Stelle  
, da eine Ersparniss in solchen Fällen nur eine geringe  
, da gerade die Unterhaltung der Pferde beim organisirten Kran-  
ortwesen, wo Krankenwagen vorhanden, die grössten Kosten  
. Vierrädrige Fahrbahren werden auch bisweilen mit dem  
rankenwagen belegt, aber sie können auf diesen eigentlich  
anspruch erheben, da nicht jedes Krankenbeförderungsgeräth,  
on Pferden gezogen wird, ein Krankenwagen ist. Die mit be-  
Verdecken versehenen Räderbahren gewähren nur einem  
laum, und auch wenn das Verdeck einen grösseren viereckigen  
rstellt, welcher über den liegenden Kranken gestülpt wird, ist  
sehr beengt. Dieser Umstand spricht auch dafür, Räder-  
ar als Aushülfsmittel zu benutzen, da die Beförderung mit



Eugen Jacoby-Bayreuth in Gemeinschaft mit Helldörfer erbaut worden. Es ist eine Tragbahre, ausgerüstet mit einem umklappbaren Rade, welches unterhalb der Trage wagerecht ruht. Das Rad ist an einem Gabelschaft in einer mit Federn versehenen Hülse befestigt, um sein Mittelpunkt befindet sich, wenn die Tragbahre zum Gebrauch fertig ist, etwa an der Grenze des ersten und zweiten Drittels unterhalb der Trage vom Kopfende gerechnet. Man kann auf engen Wegen mit der Trage fahren, um bei schlechteren Wegeverhältnissen dann das Rad wieder emporzuklappen und die Bahre zu tragen. Bei geeigneten Wegen kann man auch zwei Bahren mit einander verbinden, sodass eine zweirädrige Fahrbahre entsteht, auf welcher zwei Kranke durch einen Mann befördert werden können. Werden drei Bahren neben einander verbunden, so können drei Kranke durch zwei Träger befördert werden, was bei grösseren Unglücksfällen in Fabriken von Werth sein kann. Am Hinterteil des Geräths befinden sich zwei Fusstützen, welche herabgelassen die Trage in wagerechter Stellung feststellen, sodass sie in Tischhöhe steht und dann auch nöthigenfalls für Ausführung von — natürlich nur kleineren — Operationen zu verwenden ist. Das Rad, die Fusstütze und die Verkuppelungseinrichtung können auch an beliebigen anderen Tragen angebracht werden.

Eine Trage, welcher gleichfalls Räder durch einen Handgriff untergesetzt werden können, ist Ewald's „Krankentransportwagen mit abnehmbarer Schwenkachse“, bei welchem zwei Räder unter dem Tragekorb gebracht werden. Der Korb hat gewöhnliche Gestalt und am Unterrande Tragholme. An der Unterfläche befinden sich etwa in der Mitte zwei Blattfedern und vier Füsse aus gebogenem Eisen. Zwei Räder mit Pneumatics sind an einer Achse befestigt, welche zwei rechtwinklige Stäbe trägt, die am Ende hakenförmig auslaufen und an der hinteren Befestigungsstelle der Blattfedern an der Unterfläche des Korbes so eingesetzt werden können, dass die Achse zwischen den Rädern bei emporgehobener Trage beliebig hin und her geschwenkt werden kann. Entweder die Räder sind von der Trage entfernt, oder sie sind am Kopfende der Trage, wobei die beiden Achsenstäbe mit den Haken wagerecht unter der Trage liegen, oder die Trage wird erhoben, die Räder rollen nach vorn, wobei die Achsenstäbe die Achse soweit den Blattfedern nähern, dass die Achse in die am Unterende der Feder befindlichen Achsenlager hineinschwingt. Die anderen Fahrbahren aufweisenden Uebelstände: dass 1. beim Aufbringen der Bahre auf den eigentlichen Transportwagen, letzterer fest abgestützt werden muss, um die Bahre auf dem Wagen sicher unterzubringen zu können — bei schlechtem Boden (Acker, schlechtem Pflaster) kann dieses Abstützen gerade zur Unmöglichkeit werden — 2. die Bahre, um dieselbe auf den Transportwagen stellen zu können, hoch über die Räder gehoben werden muss, wozu bei einem schweren Kranken unter Umständen 4 Mann erforderlich sind, abgesehen davon, dass bei ungenügender Beleuchtung des Arbeitsplatzes ein Fallen der Träger (Stolpern, Ausgleiten im Winter)



Die Fahrbahre von Neuss-Berlin, welche besonders 1866 bei den  
niten im Gebrauche war, von Herz-Hannover, Hoffmann-Leip-  
nd das bereits erwähnte „Ashford Litter“ von John Furley-  
m. Letzteres ist zweirädrig, hat eine einfache Bahre mit vier  
n, welche jeder für sich auf und niederzulegen sind, und eine Ver-  
richtung, von welcher Soltsien in seinem Vortrage auf dem  
nertage in Breslau 1900 behauptete, dass sie „fast luftdicht wie  
Blasglocke auf einem Käseteller ruht.“

Eigenartig ist das von Boehm bei der freiwilligen Feuerwehr in  
furt a. M. eingeführte Transportgeräth, welches zu den Fahrbahren  
hlen ist. Ein viereckiger Kasten, welcher auf zwei Rädern ruht  
a seinem Innern Verbandmaterial enthält, hat auf seinem Obertheil  
n, in welchen eine oder übereinander zwei Tragbahren befestigt  
n können. Die Abbildungen befinden sich in meiner früheren

Die treibende Kraft für die meisten Räderbahren sind Menschen-  
, nur wenige werden durch Thiere fortbewegt.

## 2. Krankentransportfahräder.

Als das Fahrrad als Fortbewegungsmittel bekannter wurde, lag es  
es auch für die Krankenförderung nutzbar zu machen. In  
1892 erschienenen Arbeit „Les secours publics“ macht Rousselet  
aufmerksam, dass der Graf von Beaufort angeregt habe, für  
rankentransport ein „brancard velocipède“ zu versuchen. Sehr viel  
erschien dann das englische Krankentransportfahrrad, bei welchem  
age zwischen zwei Fahrrädern befestigt wird, sodass die Fahrer  
er Seite des Kranken sich befinden. Ich habe dieses vierrädrige

lich hat dieser Gedanke keinen Anklang gefunden. Ferner kann der hintere Fahrer sich auch nur sehr schwer um den Kranken bemühen auch wenn die Hinterwand des Verdecks ein Fenster trägt, während der seitwärts vom Kranken sitzenden Begleiter sich beide nach dem Kranken umsehen und ohne abzustiegen ihm behülflich sein können. Ein Fahrradgestell, bei welchem nur ein Fahrer sich vorn befindet, also dem Kranken den Rücken kehrt, ist ganz zu verwerfen. Während die Räderbahnen, wo die beiden Fahrer zu beiden Seiten sich befinden, zu breit, diejenigen, wo die Begleiter hinten und vorn sitzen, zu lang sind, ist nach Angaben von Oberst in der Krankenanstalt Bergmannstrost in Halle ein Fahrrad, bei welchem die beiden Fahrer auf derselben Seite hintereinander sitzen. Hierdurch wird bewirkt, dass das Geräth nicht länger als die Trage ist, und ferner, dass es nur um Mannesbreite breiter ist, als eine gewöhnliche Trage. Der vorn befindliche Fahrer hat auf den Weg, der andere auf den Kranken zu achten.

Die Fahrräder für den Krankentransport sind jetzt wohl alle mit Pneumatics versehen. Hierdurch wird eine gute Federung in senkrechter Richtung bewirkt, aber es haften diesem Beförderungsmittel die gleichen Nachtheile an, welche bei den Fahrrädern überhaupt vorkommen. Die Abnutzung der Gummireifen ist eine sehr beträchtliche und die Erneuerung kostspielig. Ferner können mitten auf dem Wege unangenehme Störungen durch Entweichungen der Luft oder Platzen vorkommen, was an diesen Reifen bei gewöhnlichen Fahrrädern nicht allzuseiten ist. Auch die Erschütterungen auf nicht ganz ebenen Wegen theilen sich dem Kranken in sehr bemerkbarer Weise mit, so dass diese Beförderungsart, wiewohl sehr einfach aussehend, doch nicht frei von grossen Nachtheilen ist. Das Gleiche gilt in genannten Beziehungen auch von den Räderbahnen, deren Räder mit Pneumatics versehen sind. Der einfache Gummibelag eiserner Räder ist vielleicht haltbarer, federt aber nicht so gut und ist auch für das Fortkommen nicht so geeignet, sei es dass es sich um gewöhnliche Räderbahnen oder um Räderbahnen mit Fahrrädern handelt.

### 3. Krankenstühle.

Eine besondere Art von Krankentransportmitteln stellen die Krankenstühle dar. Sie dienen gewöhnlich zur Fortbewegung von Kranken entweder im Zimmer oder in anderen bedeckten Räumen oder auch im Freien, hauptsächlich um Kranke, welche nicht zu Gehen im Stande sind, Gelähmte, frische Luft geniessen zu lassen. Ihre Benutzung hat den Vortheil, dass ein Kranker von seiner Wohnung aus nicht wieder zu seiner Rückkehr aus dem Stuhl entfernt zu werden braucht. Bei günstiger Witterung bleibt der Patient eine Zeit lang im Freien sitzen ohne dass er aus demselben entfernt wird, um ihn auf eine andere Sitzgelegenheit zu bringen. Die Rollstühle haben mit Gummibelag versehen Räder oder auch in neuerer Zeit Pneumatics. Ueber den Rädern befinden sich an den Achsen Blattfedern. Durch Verstellung der Federn

latter und der Rückenlehne kann eine ganz wagerechte oder eine mehr schiefe Haltung des Kranken bewirkt werden.

Die Krankenstühle werden besonders von chronisch Kranken und von solchen, welche ihre unteren Gliedmassen nicht selbstständig benutzen können, gebraucht. Wichtig sind sie auch für Genesende. Zur eigentlichen Bergung von Kranken kommen sie nicht zur Verwendung. Man hat sie jetzt auch mit Vorrichtungen versehen, dass der Patient durch Umdrehung von Kurbeln sich selbst fortbewegen kann. Besonders Personen, welche an den Beinen gelähmt sind, können durch Bewegung von Hebeln mit den Händen ohne fremde Hülfe selbst vorwärts kommen, was natürlich für viele Fälle von Vortheil ist. Nur sind die betreffenden Vorrichtungen etwas sehr kostspielig.

Weiter sind noch als Beförderungsmittel für Kranke

#### fahrbare Verbandgestelle

erwähnen, auf welche der Patient mit der Trage aufgesetzt wird, um meistens im Krankenhause bei ihm einen Verbandwechsel vorzunehmen, oder den Kranken nach der Operation in sein Zimmer und dort auf sein Lager überzuführen. Man benutzt auch die Verbandgestelle mit oberer Kante als Verbandtische im Krankenhause, um den Patienten von seinem Bett zur Operation beziehungsweise zur Narkose zu bringen. Im Hospitale werden auch zur Beförderung Kranker, welche im Bett liegen und eine Umlagerung in einen anderen Raum, zum Baden, Operation, Verbandwechsel gebracht werden müssen, „Bettfahrer“ gebraucht, von welchen eine grosse Zahl von Modellen vorhanden ist. Der Grundsatz, nach welchem alle gebaut sind, beruht darauf, dass unter das Bett von beiden Seiten oder von den beiden Enden her oder auch unter das ganze Bett ein mit Rädern versehenes niedriges Rädergestell untergeschoben wird, auf welchem dann das Bett fortgefahren werden kann.

§. Durch Thiere fortbewegte fahrbare Krankentransportmittel.

#### 1. Krankenwagen.

Wenn man auch schon im achtzehnten Jahrhundert bemüht gewesen war, die Beförderung Erkrankter etwas besser gegen früher zu gestalten, so ist doch ein Versuch, die Beförderungsmittel selbst zu verbessern, erst gegen Ende des Jahrhunderts gemacht worden. Es ergibt sich dies recht deutlich aus den Worten des General-Stabs-Chirurgus der Preussischen Armee Joh. Goercke, welcher einen „elastischen Krankentransportwagen“ beschreibt und abbildet. Ich habe die Abbildungen in meiner erwähnten Arbeit wiedergegeben und möchte erwähnen, dass sich ein Modell dieses Wagens aus damaliger Zeit in der Sammlung der Kaiser-Wilhelms-Akademie in Berlin befindet. Dieser Wagen, welcher also für den Transport der Verwundeten im Kriege bestimmt war, wird von Goercke so geschildert: „Die Vortheile eines solchen Wagens, welcher

damals 250 Reichsthaler<sup>1)</sup> kostete, sind einleuchtend. Da der 12 Fuss (also zwei Menschenlängen hat, so sind zur Verkürzung des Wagens die elastischen Federn sehr ingeniös auf den Achsen unter dem Kasten angebracht worden, wodurch zugleich der Vortheil bewirkt wird, dass der Kasten über die Räder hinaus zu stehen kommt und als ein Pendel an allen Seiten schwingen kann, ohne durch Widerstand Stösse zu erleiden, die den zerschmetterten Gliedern so höchst nachtheilig werden, und selbst bei den in nicht nachgebenden Riemen hangenden Wagen nicht verhütet werden können.“

Es sind diese Worte aus dem Grunde bemerkenswerth, weil sie eine der sehr seltenen Aeusserungen aus so früher Zeit darstellen, durch die die Wichtigkeit eines zweckmässigen Krankentransportes anerkannt wird. Ferner lässt sich ersehen, dass in damaligen Zeiten der Wagen zur Vermeidung der Erschütterungen für den Insassen in unnachgiebigen Riemen hing. Diese Art der Aufhängung entspricht also derjenigen, welche noch heute bei den Staatskarossen üblich ist, bei welcher der Wagenkasten an C-Federn in Riemen hängend angebracht ist. Die Federn waren an den alten Wagen nicht vorhanden. Eine Aufhängung kann niemals eine Federung ersetzen, weil sie nur ein Hin- und Herschwingen des angehängten Gegenstandes, nicht aber eine Federwirkung bewirkt, was in der zu erzielenden Wirkung wohl zu unterscheiden ist. Diese Grundsätze sind auch für die Anbringung der Krankentransportwagen von Bedeutung.

Noch eine andere Aeusserung über Mangelhaftigkeit der Krankentransportbeförderung in damaliger Zeit ist hier anzuführen. Wendt schreibt im Jahre 1816 von den dänischen Krankentransportwagen: „Es würde für zwei Krankentransportwagen Verwundete beschwerlich und selbst gefährlich seyn, besonders in den heissen Sommer-Monaten, lange in diesen 3 Ellen langen und 1 Ellen breiten und tiefen Raum eingeschlossen zu seyn, dessen Seiten nur mit Polster haben.“

Schon im 2. April 1801 suchte ich mir näheren Unterricht über die Einrichtung der dänischen Krankentransportwagen zu verschaffen, die damals, vorkommender Fälle wegen, in den Hof des allgemeinen Hospitales in Kopenhagen gebracht waren. Ich legte mich in diesen Wagen, liess alles zumachen und mich ungefähr eine Viertelstunde im Hofe herumziehen. Länger konnte ich es aber, obgleich vollkommen gesund, in diesem engen Raume nicht aushalten“.

---

1) Eine in Bezug auf die Vielheit der nöthigen Wagen zwar bedeutende Verbesserung, die aber doch in gar keinem Verhältniss steht zu den unendlichen Qualen und zu oft tödtlichen Folgen, mit welchen der Transport schwer verwundeter Verwundeter auf gewöhnlichen heftig stossenden Wagen unvermeidlich begleitet wird, besonders da es durch eine lange Erfahrung sich als Grundsatz bewährt hat, dass bei der Hälfte, ja selbst bei zwei Dritttheilen der nach Verwundung gestorbenen Verwundeten, der Tod nicht sowohl die Folge der Verwundung an sich, als vielmehr der hier eingewirkten schädlichen Einflüsse war, unter denen der Transport auf den eingerichteten Wagen immer zunächst in Anrechnung gebracht werden kann.

st und sicher zu desinnieren ist. Der Wagen muss ferner von Pforten gut und ruhig zu bewegen sein, die Fenster dürfen nicht klirren, es ist eine Zahl von technischen Erfordernissen beim Bau von Krankenwagen in höherem Maasse zu berücksichtigen als bei dem gewöhnlichen Verkehr dienenden Wagen.

Das Aeussere der Wagen soll möglichst wenig ihre Bestimmung verrathen, damit der Kranke selbst nicht durch die absonderliche Form des Wagens aufgeregt wird, und nicht bei einem Krankentransport vor dem betreffenden Hause eine Menschenmenge sich ansammelt, was wiederum zur Beunruhigung des Patienten beiträgt. Der erste Versuch, einen Krankenwagen zu bauen, welcher äusserlich seine Bestimmung nicht verrieth, wurde bereits 1850 in Hamburg gemacht, wo Wagen hergestellt wurden, welche nach den Abbildungen in der von der Hamburger Polizeibehörde herausgegebenen Schrift den Staatskarossen gleichen. Der Wagen war in C-Federn aufgehängt, ausserdem befanden sich auf den Räderachsen Blattfedern. Die Länge des Wagenkastens wurde so bemessen, dass ein ausgestreckter Mensch darin liegen konnte. Inneren war auf Polstern ein vollständiges Bettlager hergerichtet, welches der Kranke belegt wurde. Der Patient musste also im Freien seiner Unterlage entfernt werden, sodass es ziemlich unbequem war, einen Kranken in dem hohen Wagenkasten unterzubringen, da im Wagen nur der Patient Platz hatte, und für Begleiter kein genügender Raum vorhanden war. Die an den Seiten in Scharnieren beweglichen, in der Mitte zu öffnenden Thüren hatten keine Oeffnungen für Licht und Luft. Reinigung oder gar Desinfection dieses Wagens war mit grossen Schwierigkeiten verbunden, sodass aus allen diesen Gründen der Wagen neuere Anforderungen nicht genügend war.

Ziemlich viel später wurden in Wien Wagen von Lohner erbaut.

ein Rahmen hervorgezogen wird, auf welchem die Trage in den Wagen hineingeschoben werden kann, oder es wird eine Seitenwand nach oben und unten in der Mitte auseinandergeklappt. Die obere Hälfte wird wie auch im ersten Falle durch Eisenstäbe abgestützt, während die untere wagerecht liegend an der Innenseite mit eingesenkten Gleitschienen versehen ist, auf welchen die Trage aufgesetzt und in das Wageninnere befördert wird. Eine etwas andere Oeffnung hat ein bei der Sanitätswache der Freiwilligen Sanitätshauptkolonne in Nürnberg eingestellter Wagen. Der Obertheil der einen Seitenwand kann auch nach oben aufgeklappt werden, während die untere Hälfte als Thür hergestellt ist, welche dreitheilig nach den beiden Seiten geöffnet werden kann, d. h. die eine Thürseite ist durch ein in der Mitte eingesetztes Scharnier noch in zwei Hälften zusammenzuklappen, damit sie nicht nach Öffnen des Wagens zu weit hervorragt.

Die zum Herunterklappen eingerichtete Seite ist aussen wie eine Thür hergestellt, sodass nicht zu erkennen ist, dass etwas Besonderes an dem Wagen vorhanden ist, umsomehr als auf der anderen Seite eine gewöhnliche Wagenthür sich befindet, welche von den Begleitern zum Einsteigen benutzt wird. Diese haben neben der Trage genügenden Platz, und zwar kann der eine am Kopf- der andere am Fussende der Kranken einander sich gegenüber sitzen. Bei den von hinten zu öffnenden Wagen kommt gleichfalls die Trage auf die eine Seite des Wageninneren während auf der anderen wie vorher die beiden Begleiter Platz haben.

Aussen haben die Wagen Laternen zu führen, welche auch so gestellt sein können, dass sie gleichzeitig durch geeignete Biegung des Laternenarms ihr Licht durch das nächstliegende Fenster in das Wageninnere werfen. Zu diesem Zwecke ist dann der betreffende Theil des sonst mit Milchglas geschlossenen Fensters aus durchsichtigem Glas hergestellt.

Blattfedern sind auf den Wagenachsen anzubringen. Bei den von Kühlstein-Berlin erbauten Wagen ist der Kasten noch auf besonders vorn und hinten befestigten Federn aufgestellt.

Gegen die Kaleschenform der Krankenwagen sind Bedenken zu erheben, dass sie im Innern nicht genügenden Raum bieten, dass die Trage sehr hoch erhoben werden muss, bevor sie die für ihre Länge ausreichende Höhe im Wagen erreicht — wegen der unten abgerundeten Gestalt der Wagen ist die Trage, um genügenden Platz zu finden, höher zu stellen — und ausserdem muss sie bei seitlicher Einlagerung recht hoch über die höheren Hinterräder des Wagens erhoben werden. Kühlstein hat den ersten Fehler abzuändern versucht, indem er, um grösseren Innenraum zu erhalten, den Wagenkasten viereckig gestaltete, sodass ausserdem die Trage auch nicht zu grosser Höhe erhoben werden musste. Um aber dennoch den Eindruck eines Luxuswagens herzustellen, aussen am Wagen die unten abgerundete Gestalt, die Form des Wagenschlages und die Thür durch Leisten u. s. w. angedeutet. Der Wagenkasten hat Anstrich wie ein Landauer, während die im Niveau zurück

retenden Ecken schwarz gehalten sind, sodass sie ziemlich verschwinden und nur die unten abgerundete Landauerform hervortreten lassen, während der Innenraum voll ausgenutzt werden kann. Der Wagenboden ist so niedrig, dass das Wageninnere von hinten beim Einbringen der Trage durch zwei nicht hohe Stufen betreten werden kann. Der Kutschersitz ist in der gewöhnlichen Entfernung vom Wagenkasten angebracht, sodass der Innenraum genügende Länge zur Aufnahme der Trage besitzt. Der Raum zwischen Kutscherbock und Wagenkasten ist entweder von innen oder auch von aussen von den Seiten zugänglich und dient zur Aufnahme eines Verbandkastens. Ich ziehe es vor, dass dieser von innen und aussen her erreichbar ist, damit im Nothfalle bei dem Patienten aus dem Kasten Hilfsmittel zur Anwendung gelangen können. Ist der Kasten nur von aussen erreichbar, so muss bei solcher Gelegenheit der Wagen erst halten, ein Begleiter aussteigen und dem Kasten Erforderliches entnehmen. Die Zugänglichkeit des Nothkastens von aussen ist aber auch in solchen Fällen wichtig, wo der Wagen als Rettungswagen mit Arzt und Begleitern ausfährt, diese aussteigen, um an Ort und Stelle Hülfe zu leisten, und dann den Kasten leicht von aussen aus seinem Behälter hervornehmen können.

Um zu hohe Erhebung über die Räder des Wagens zu verhüten, sind in Altona und Stuttgart Wagen erbaut worden, bei welchen die Entfernung der Hinter- von den Vorderrädern so bemessen ist, dass die Trage dazwischen in den Wagen eingebracht werden kann.

Da die betreffenden Wagen theuer herzustellen sind, hat man sowohl in Wien als in anderen Städten auch Krankenwagen von gewöhnlicher Gestalt zur Verfügung, welche in Wien als „Rettungswagen“ bezeichnet werden. Dieselben gleichen mehr den beim Heere gebräuchlichen Kranken- oder Trainwagen. Bei den Wiener Wagen ist die eine Wand nach oben und unten herauszuklappen, während der Zugang der Begleiter durch die Hinterthür erfolgt, welche in gewöhnlicher Art zweiflügelig zu öffnen ist.

Während an den Wagen in Landauerform an den Seiten auch Trittschrauben vorhanden sind, wenn dieselben von hinten mit der Trage beladen werden, sind sie bei den Wienern an der Seite, welche aufgeklappt wird, eingelassen, während auf der anderen Seite eine solche zum Einsteigen vorhanden ist. Bei den Wagen von Kühlstein und den gewöhnlichen viereckig gestalteten, wo die Beladung von hinten durch einfache Thüren erfolgt, sind die Trittbretter hinten befestigt. Je nach der Entfernung des Wagenbodens vom Erdboden sind zwei übereinander oder nur eins erforderlich. Sind zwei nöthig, so muss das untere mindestens eben so hoch als das obere sein, ferner muss die Entfernung des unteren vom Boden nicht grösser als die Entfernung des unteren vom Erdboden sein, wie dies bei den meisten Berliner elektrischen Strassenbahnwagen der Fall ist. Setzt man den Fuss auf das untere niedrige Brett auf, so erwartet man eine gleiche Höhe für den zweiten zu machenden Tritt. Ist nun der zweite Schritt höher zu machen, so stösst leicht der Fuss

an, oder strauchelt, was für Träger mit einer Trage bedenklich ist. Damit die Trittbretter möglichst rein bleiben, sind dieselben zum Umkappen einzurichten. Sind zwei Bretter vorhanden, so können sie auch, wie dies bei Equipagen üblich ist, zum Aufeinanderlegen und Umkappen gemacht werden. In das Wageninnere dürfen sie nicht hineingebracht werden, da hierbei Strassenschmutz in den Wagen hineingelangt kann.

Die Thüren und zu öffnenden Seitenwände der Wagen sind häufig mit Stechschlössern verschlossen, die nur von aussen zu öffnen sind. Besser ist es, dass die Schlösser auch von innen geöffnet werden können, da sonst die Insassen des Wagens gefangen sind und diesen nicht verlassen können, als bis der Wagen von aussen geöffnet wird.

Sehr wichtig ist die Anlage der Fenster und Thüren am Wagen, da hiervon eine gute Lüftung und Beleuchtung des Wagens sowie ein leichtes Aus- und Einsteigen abhängt. Soll das Beladen des Wagens von hinten her erfolgen, so muss die seitlich zu öffnende Thür zweiflügelig sein, da eine einflügelige beim Öffnen zu viel Platz einnimmt. Die Anlage der Fenster ist bei den einzelnen Wagenmodellen sehr verschieden. Man hat die Fenster an den Seitenwänden angebracht, und zwar je eins an jeder Seite oder auch je zwei nebeneinander ohne Zwischenraum oder mit einem solchen. Ferner sind kleine oder grössere Fenster in den beiden hinteren Thürflügeln und auch in der Vorderwand vorgesehen worden.

Für das Aeusserere der Wagen kommen ferner noch Bremsen in Betracht, welche wohl bei dem heutigen Strassenverkehr nicht zu entbehren sind, um den Wagen bei plötzlich entstehenden Hindernissen auch möglichst schnell zum Stehen zu bringen. Die Handhabe der Bremsvorrichtung ist an der rechten Seite des Kutschersitzes angebracht. Sehr verbreitet ist die Meinung, dass Gummibelag an den Rädern zur Vermeidung der Erschütterungen für den innen liegenden Kranken beiträgt. Diese Ansicht ist nicht beizupflichten. Ein Wagen, dessen Räder Gummibelag haben, wird wie ein Ball emporgeworfen, und die hierdurch hervorgerufenen Stösse werden dem im Wagen befindlichen Kranken sehr erheblich mitgetheilt. Die Gummibeläge sind allerdings angenehm, da sie die Geräusche, welche der Wagen beim Fahren hat, zu mildern. Hiergegen schützt aber in höherem Maasse sorgsame Anfertigung, gute Befestigung der Fenster, sodass Klirren und Nebengeräusche vermieden werden. Im Bericht der Bremenser Feuerwehr von 1894 ist dieser richtige Grund für die Anbringung der Gummiräder erwähnt. Früher glaubte man, dass Bremsen nicht an Rädern mit Gummibelag angebracht werden könnten, da dieser hierdurch zu stark beschädigt würde. Letzteres ist richtig, und daher hat man jetzt die Bremsen an Gummirädern so angebracht, dass sie an der Radnabe angreifen.

In einzelnen Städten haben die Wagen aussen Glocken, welche vom Kutscher zum Tönen gebracht werden können — z. B. in Paris. In London die Wagen der St. John's Ambulance Association, bei welchen



ent bereits im Wagen sich befindet, eingestellt werden (damit der  
ke durch ihren Anblick nicht aufgeregt wird).

Ganz besonders ist hervorzuheben, dass grelle Farben (in Berlin  
die Wagen einer Körperschaft für erste Hülfe sogar weiss ange-  
ben) für den Anstrich von Krankenwagen durchaus vermieden wer-  
sollen, weil solche für den Kranken niemals angenehm wirken.  
e Kreuze von den Abmessungen, wie sie die Krankenwagen in Ber-  
ragen, sind aus dem gleichen Grunde entbehrlich. In Leipzig, Wien,  
apest ist aussen am Wagenschlag das Wappen der betreffenden Ret-  
svereinigung, in London das Wahrzeichen des Metropolitan Asylums  
d, des städtischen Gesundheitsamtes, angebracht, die Wagen selbst  
an allen Orten, welche ich besucht, dunkelfarbig gemalt. Eine  
ge Ausnahme machen die oben erwähnten Wagen in Berlin, welche  
wenigstens der Umgebung erheblich auffallen.

Ob Krankenwagen ein- oder zweispännig gefahren werden, richtet sich  
der zurückzulegenden Entfernung. Bei Fahrten auf dem Lande oder  
einer Stadt über Land wird man zwei Pferde benutzen, während bei  
eren Entfernungen wohl ein Pferd genügt. An Krankenwagen für  
te wird stets eine Vorrichtung zu treffen sein, um entweder ein oder  
Pferde anzuschnallen.

Für das Wageninnere ist besonders zu beachten, dass dasselbe ge-  
nd Raum für den Kranken und seine Begleitung bietet, dass die  
e oder sonstige Unterlage, auf welcher der Kranke sich befindet, so  
Wagen aufgestellt wird, dass Erschütterungen dem Kranken mög-  
wenig mitgeteilt werden, dass Lüftung, Beleuchtung, Erwärmung,  
Wagens stattfinden kann, und dass die Wände, Decken und Fuss-  
gut desinficirt beziehungsweise gereinigt werden können.

jedoch kann dieselbe auch durch Dachreiter erfolgen, wie dies in Wagen einzelner Städte der Fall ist. Da, wie noch darzulegen wird, besonderer Werth auf die glatte Gestaltung des gesammten inneren zu legen ist, so ist die Anlage der Fenster auch nach Richtung sehr genau herzustellen. Sie müssen so eingelassen werden, dass die Scheibe nicht nach aussen, sondern nach innen glatt und daher auch der Rahmen des Fensters sich aussen befindet.

Decke und Fussboden sind möglichst glatt zu gestalten, die aneinander den Theile der Wände und Decke sind abzurunden. Diese selbst mit einem abwaschbaren Oelfarbenanstrich versehen, der Fussboden Linoleum belegt. Man hat, um glatte Wände zu erzielen, diese an manchen Orten — Altona, Wien — mit Zinkblech ausgeschlagen. Viel einfacher Verfahren des Anstriches und auch zweckmässiger, da bei der Belegung Metall doch immer Absätze entstehen, welche zur Ablagerung von Unreinlichkeiten Veranlassung geben. Im Inneren des Wagens ist eine Einrichtung herzustellen, mit welcher es den Insassen ermöglicht ist, nach aussen zum Kutscher bemerkbar zu machen. Man kann eine kleine Oeffnung in der Vorderwand eine Schnur ziehen, welche zum Kutscher verläuft, oder das Fenster in der Vorderwand zum Oeffnen richten, um ohne Weiteres mit dem Kutscher in Verbindung zu treten.

Die Beleuchtung des Wageninneren ist niemals zu unterlassen. Dies kann geschehen, wie dies bereits oben angedeutet ist, oder in einer Weise, welche ich in einem für die Stadt Kiel bestimmten Krankenwagen gesehen habe, wo die Beleuchtung ähnlich wie in den Strassenbahnwagen ordnet ist. Der Laternenkasten befindet sich aussen am Wagen, während das Licht nach innen durch eine Glasscheibe fällt, welche in die Innenwand eingelassen ist. Diese Anordnung findet sich auch in dem neuen Wagen von Stuttgart, während beim Krankenwagen in Berlin das Laternenglas tiefer eingesetzt ist, sodass es sich nicht in der Wand befindet.

Um eine zu grelle Beleuchtung für den Kranken abzublenken, kann man zwischen den Laternenkasten und Wagenwand in eine Nische eine grüne Glasscheibe eingeschoben, um eine innen anzubringende Beleuchtung zu vermeiden. In den Wagen der St. John Ambulance Association in London befindet sich ein kleiner Stromsammler mit einer beweglich festigten Glühlampe, welche gestattet, Beleuchtung nach Bedarf an verschiedene Stellen des Wagens zu bringen. Die Mitführung grosser Accumulatoren aussen am Wagen mit Leitung nach innen oder nach aussen des Wagens ist wegen der Schwere dieser Apparate nicht empfehlenswerth.

Das in Eisenbahnwagen verwendete Oelgas wird meines Wissens nirgends in Krankenwagen gebraucht.

Schwieriger gestaltet sich die künstliche Erwärmung eines Krankenwagens in kalter Jahreszeit, welche allerdings von Einzelnen für erforderlich gehalten wird. Ich halte dieselbe für durchaus nothwendig und für die Behaglichkeit des Kranken für unentbehrlich. Sie ist

in mancher Städte, wie wir noch sehen werden, auch vorhanden. Die einzurichten, ist schwierig zu entscheiden, da der relativ kleine des Wagens mit einer Wärmequelle versehen sein muss, welche eine unerträgliche Hitze ausströmt, aber doch vom Kranken empfunden wird. Man muss hier die in anderen Fortbewegungen für Gesunde angewendeten Heizvorrichtungen in Betracht ziehen, in den Strassenbahnwagen, Droschken oder Eisenbahnwagen. So die geheizte Droschke, als der geheizte Strassenbahnwagen haben noch nicht bewährt. In neuester Zeit wurden in Berliner Strassenwagen Versuche mit Heizung durch Electricität, die auch zur Fortführung dient, gemacht. Die Heizvorkehrungen der Eisenbahnen sind nicht ohne Weiteres anwendbar, da hier noch mancherlei Versuche gemacht werden, deren Ergebnisse noch nicht abgeschlossen sind. Nach sind die Verhältnisse für den Krankenwagen nicht die gleichen für ein Eisenbahnabtheil. Immerhin erscheinen wohl auch Versuche

der Warmwasserheizung geboten, welche in eisernen Röhren am Boden des Wagens angeordnet werden könnte. Durch Ueberzug mit schlechtem Leiter könnte wohl eine Warmhaltung auf etwa  $\frac{1}{2}$  Stunde erzielt werden, welche — wenigstens für viele Transporte in der Stadt — ausreicht sein dürfte.

Ich habe bereits 1894 empfohlen, die Wände der Wagen, welche feuerfest gebaut sein sollten, mit Ledertuch zu versehen oder aus polirtem Holz herzustellen. Auch die Sitze im Wagen sollen in dieser Weise gefertigt werden. Drei Jahre später habe ich Wagen in London gesehen und sie auch in meiner bereits oben erwähnten Arbeit abgebildet, welche genau in letzterer Weise hergestellt sind. Da ich damals ohne Kenntniss der Londoner Wagen diese Forderung für die Einrichtung aufgestellt, so will ich aus meiner Schrift, welche eine Beschreibung der Englischen Wagen enthält, diese hier anführen.

„Die Wagen selbst sind grösstentheils elegante Equipagen — diese Form ist seit etwa sechs Jahren im Gebrauch —, welche eine Thüre von hinten zu öffnende Thüre besitzen, durch welche der Kranke in den Wagen gebracht wird. Ferner sind zwei seitliche Thüren vorhanden, durch welche eine Nurse und auch ein Arzt sich zum Kranken begeben können. Bei allen Transporten von Kranken bis zum zehnten Lebensjahre fährt nur eine Nurse mit, von diesem Alter an auch noch neben dem Kutscher postirter männlicher Begleiter. Unterhalb der seitlichen Thüren befindet sich jederseits ein aufklappbares Trittbrett, welches beim Oeffnen der Thüren selbstthätig herunterklappt.

Dass Innere der coupéeförmig gebauten Wagen gleicht vollkommen dem von Equipagen, nur sind Wände und Bänke aus polirtem Holz hergestellt, d. h. vollständig glatt und ohne jede Polsterung oder Stoffbelegung.

Der Zwischenraum zwischen den beiden Sitzbänken wird auf einer Länge des Wagens durch ein herausnehmbares Holzbrett ausgefüllt und diese so hergestellte Längsbank die Trage mit dem Kranken gesetzt

Die auf der anderen Seite des Wagens übrig bleibenden Sitze die Nurse und sonstigen Begleiter bestimmt. Aeusserlich sind dunkelgrün lackirt, im Obertheil der Thüren sind Fenster auszig weissem Kathedralglas eingefügt, welches genügend Licht inere des Wagens hindurchlässt, ohne dass von aussen die darlichen Personen und Gegenstände deutlich erkennbar sind. Abock befindet sich als Zeichen in sehr kleinem Maassstabe derbuchstabe der betreffenden Station (B. W. etc.) mit der NuWagens, umgeben von der Schnalle des Hosenbandordens mitten: „Metropolitan Asylums Board.“ An jeder Seite des BockWagenlaterne. Rothe Kreuze oder sonst auffällige welche diese Wagen besonders kenntlich machten, fehlen kommen. Jeder Wagen hat an den Hinterrädern Bremsen je nach der zurückzulegenden Entfernung von einem oder zwei fortbewegt.

Die Lüftung dieser Wagen geschieht durch unterhalb der findliche Oeffnungen, die mit schrägen, dachziegelartig angeordneten zur Abhaltung directen Luftzuges versehen sind.“

Ausserdem sind noch andere Arten von Wagen vorhanden ich gleichfalls a. a. O. beschrieben.

„Das Aeussere der Wagen in Omnibusform ist dem beschriebenen im Grossen und Ganzen ähnlich. Die Seitenwägen sind geschlossen, haben je zwei nebeneinander liegende die Hinterthür des Wagens wird in der Mitte geöffnet. Eine T auf dem Boden auf Blattfedern aufgesetzt werden (für Typhus eine zweite hat über der ersten Platz und wird auf fest ange Schienen eingeschoben. Die Obertheile der Wände sind mit stellten Oeffnungen versehen, ausserdem ist auf der Decke reiterartiger Aufsatz zur Lüftung angebracht. Auf dem Fussboden Gummidecken. Neben dem Kutschbock befinden sich zwei La

Bei jedem Transport wird ein Erfrischungskasten ausgeführt, welcher Cognac, Wein, Milch und Wasser für den enthält.

Die dritte Wagenart ist zur Beförderung von Reconvalescenztstimmt. Es sind Omnibusse, welche äusserlich den eben beschriebenen gleichen. Die Dachreiterlüftung fehlt, die obere Wagendeckelung aussen am Rande ein eisernes Gitter. Im Inneren sind in der Längsrichtung gegenüberliegende Holzbänke für die Insassen gestellt.

Je nach der zurückzulegenden Entfernung werden auch dritteren Wagen mit einem oder zwei Pferden bespannt. Zur Beförderung von Pockenkranken aus ihren Häusern müssen stets besondere Transportwagen benutzt werden.“

1894 habe ich bereits auch angeführt, dass die Beförderung von Kindern in den grossen Transportwagen besonders für die Anzuträglichkeiten habe, da kleine Kinder vielfach auf den An

lerung besteht in Vermeidung der Erschütterungen. Diese sollte stets im Innern des Wagens angebrachte Vorrichtungen geschehen, denn aussen vorhandenen Vorkehrungen wirken hauptsächlich auf den Lenkarmen, während Gegenstände im Inneren nicht direkt von ihnen betroffen werden. Aus diesem Grunde sollen ausser den an den Rädern angebrachten Federn noch Vorkehrungen zur Verringerung der Erschütterungen im Innern vorhanden sein. Die bisher angegebenen Massnahmen sind sehr verschiedener Art und in einzelnen Städten nach anderen Gesichtspunkten angeordnet. Bei fast allen waltet die Absicht ob, die in senkrechter Richtung erfolgenden Stösse durch Erschütterungen zu mildern, in einzelnen Fällen sind auch Massnahmen gegen wagerechte Stösse angebracht, ohne dass jedoch zu bemerken ist, dass ein durchdachter Grundsatz bei der Herstellung dieser Vorkehrungen gewaltet hat. Ich habe wohl als erster in einer früheren Arbeit auf die einzelnen Arten der bei einem gewöhnlichen Krankenwagen erfolgenden Stösse aufmerksam gemacht, welche zum Theil bei Eisenbahnwagen bereits beschrieben sind, aber sich bei jedem fortbewegten Fahrzeug in mehr oder weniger ausgeprägter Weise finden:

Die Bewegungen eines Körpers im Raume verlaufen im Allgemeinen geradlinige und als Drehbewegungen. Die beim Krankentransport vorkommenden Erschütterungen des Kranken setzen sich aus diesen Bewegungen, beziehungsweise deren Resultanten (nach dem Gesetz des Parallelogramms der Kräfte) zusammen. Die geradlinigen Bewegungen geschehen in der Richtung der drei Coordinaten des Raumes statt. Die beim Krankentransportwagen vorkommenden Bewegungen setzen sich zusammen aus:

1. senkrecht gerichteten Bewegungen, Federbewegungen des Wagens

3. horizontal gerichteten Bewegungen (technisch Wanken), welche senkrecht zur Richtung der vorigen verlaufen. Diese setzen sich theoretisch aus einzelnen Drehbewegungen zusammen, deren Drehpunkt an der Berührungsstelle des Rades mit dem Erdboden gelegen ist; praktisch können sie als horizontale geradlinige Bewegungen angesehen werden.

Die Drehbewegungen finden um die drei Coordinatenachsen des Raumes statt. Die Drehbewegungen des Krankentransportwagens gehen um dessen Schwerpunkt vor sich, welcher den Schnittpunkt der drei Coordinaten darstellt. Die Lage des Schwerpunktes schwankt je nach der Belastung des Wagens. Die Drehbewegungen erfolgen also:

1. um die Längsachse (diese waren bereits in der dritten Gruppe der geradlinigen Bewegungen erwähnt);
2. um die auf der Längsachse senkrecht stehende Wagerechte (technisch als Nicken bezeichnet);
3. um die auf der Längsachse senkrecht stehende Vertikale (Schlingern).

Die Uebertragung der Erschütterungen des Wagens auf den zu befördernden Menschen wird prinzipiell dadurch verhindert, dass der transportierende Körper entschieden elastisch im Raume angebracht wird. Die bisher bekannten und angewendeten Mittel haben die geradlinigen erfolgenden Erschütterungen wohl verringern können, aber nicht genügend die in Folge der Drehbewegungen auftretenden Schwankungen berücksichtigt, zu deren Einschränkung es erforderlich wäre, die Last des Schwerpunktes des Wagens möglichst zu nähern. Aus praktischen Gründen ist dieses nicht immer ausführbar, so dass andere Mittel zur Erreichung der Abschwächung der durch Drehung hervorgerufenen Stöße erdacht werden müssen.<sup>4</sup>

Merke hat zur Vermeidung der Erschütterungen im Inneren des Wagens eine Neueinrichtung geschaffen. „Er setzt nämlich (allerdings ohne Berücksichtigung des Schwerpunktes des Wagens) das Transportmittel mit dem darauf oder darin befindlichen Kranken auf eine im Wagen schwebende Bühne, welche an Federn enthaltenden Drähten hängt, während an den Seiten der Bühne angebrachte Puffer die nach den verschiedenen geraden Richtungen erfolgenden Stöße mildern. Wieviele diese Bauart wohl besser als die sonstigen die Erschütterungen für die Beförderungen abzuschwächen im Stande ist, so sind doch dabei nicht die Drehbewegungen berücksichtigt, und ich kann nur sagen, dass bisher bei keiner einzigen Vorrichtung an Transportwagen dieses genügend überhaupt geschehen ist.“ (Vor kurzer Zeit hat Merke sein System verändert. Die Aufhängung des Tragbodens ist beibehalten, an seiner Unterseite sind Eisenstäbe befestigt, die durch den Wagenboden befestigt hin- und hergleiten und eine besonders angeordnete Führung haben.)

Ich habe den Tragboden im Innern des Wagens federnd auf hohlen Gummikugeln von beträchtlicher Wandstärke aufgestellt. Die Kugeln ruhen in flachen Schalen und bewegen sich gegen Schalen von grösserer

nehmer an den vier Ecken des Tragbodens, Zugfedern in der Diagonale des Tragbodens an seinen vier Ecken vereinigen sich an verschiedenen Punkten unterhalb des Tragbodens an einem Rahmen. Sie verhindern bei zu starker Belastung der einen Seite ein Emporkippen des Tragbodens auf der anderen und bewirken, dass die Kugeln nach jeder Ablenkung aus ihrer Gleichgewichtslage wieder an den tiefsten Punkt

Abbildung 4.



Elastisches Gestell für Krankentransport nach George Meyer.

der Schalen zurückkehren. Die elastische Lagerungsvorrichtung kann in beliebigen, z. B. Eisenbahn-, Last-, Leiter-, Landwagen, Aufstellung und daher auch besonders zur Bereithaltung in kleinen Ortschaften, auf dem Lande und bei Masseneunglücksfällen Verwendung finden. Das Gerüst mit dem Kranken wird auf dem oberen Brett aufgestellt. Bringt man in einem Krankenwagen mehrere Tragböden zu einer Haltestelle, so können nach Anbringung des einen in bereitstehenden Wagen mit den übrigen andere gerade vorhandene Fuhrwerke ausgerüstet werden. Befestigt man letztere dann an dem ersteren, so können in der Bespannung dieses gleichzeitig mehrere Verletzte befördert werden. Das Gerüst ist auch leicht zu reinigen und zu desinficiren.“

Ferner kann das Gerüst leicht aus dem Krankenwagen entfernt werden, sodass dieser dann ausgiebig ohne jede Behinderung desinficirt werden kann.

Ausserdem ist auch gegen die Aufhängung der Bühne im Wagen Hindernis zu machen, dass die von der Decke herabhängenden Gurte beim Einladen des Kranken störend wirken können, und dass sie, weil sehr sichtbar, beim Patienten keinen sehr angenehmen Eindruck hervorrufen. In der neuen Einrichtung von Merke muss ferner der Boden des Wagens durchbohrt werden, und ihre Entfernung aus dem Wagen ist im Vergleich mit der Herausnahme meines Gestelles schwieriger, abgesehen davon, dass es ohne weiteres die gleiche Einrichtung in verschiedenen Krankenwagen und Wagen aller Art benutzt werden kann, wie mein elastisches Gerüst.

Die bereits oben erwähnte Aufhängung der Tragen an Gurten oder durch elastischen Riemen kann eine Federung niemals ersetzen, auch nicht wenn unten an den Riemen Gummiringe und an den Wänden oder an den Enden der Tragholme Gummipolster befestigt werden, von welchen die Trage elastisch abprallen soll, wie dies in Wien vorgeschlagen ist. Man muss eben berücksichtigen, dass die Erschütterungen nicht alle nach

einander erfolgen, sodass dann jede einzelne Einrichtung nacheinander Kraft treten kann, sondern dass die Erschütterungen sich aus den Rotationen aller einzelnen oben genannten Dreh- und geradlinigen Bewegungen zusammensetzen, welche durch federnde Kugeln unwirksam gemacht werden können.

Das Gleiche gilt auch von der eigenartigen Anbringung der Trage in den Patrolwagen der Gamewell Fire Alarm Telegraph Company New York, welche als polizeiliche Rettungswagen benutzt werden. Diese sind gestaltet wie unsere offenen kleinen Marktwagen mit in der Längsrichtung gegenüber gestellten Sitzbänken und werden auch zur Beförderung von Verbrechern benutzt. Zur Transportirung Verunglückter werden 4 Ständer zwischen den Sitzbänken aufgestellt, an welchen Spiralfeder zur Befestigung der Trage hängen (Abbildung siehe in meiner früheren Arbeit).

Während in den Wagen nach Wiener System meistens die Tragegurten im Inneren aufgehängt werden, hat man auch versucht, die Trage federnd aufzustellen. So wird in Paris die Trage auf einer Holzplatte gesetzt, unter welcher blattfedernartige Gebilde zum Wagenboden hinlaufen. In Berlin sind in einzelnen Wagen viereckige Rahmen vorhanden, an deren Ecken Hülsen mit Spiralfedern aufgestellt sind, in welche Füße der Krankentragen hineinpassen.

Eine eigenartige Construction nach Angabe von John Furber besteht in den Wagen der St. John Ambulance Association, wodurch im Nothfalle in jedem Wagen drei Kranke liegend befördert werden können. Im Wageninneren befindet sich an der linken Seite ein eiserner Rahmen derartig auf vier Füßen beweglich aufgestellt, dass letzterer parallel zu einander mit dem auf ihm ruhenden Rahmen in ihrer ganzen Länge schräg emporgehoben und senkrecht aufgestellt werden können. Auf diese Weise kann über der untenstehenden Trage eine zweite neben ihr eine dritte aufgestellt werden. Irgend welche Vorrichtungen zur Minderung der Stöße für die Trage sind im Wagen nicht vorgesehen. In den städtischen Krankenwagen für die Beförderung von ansteckenden Kranken in London wird die Federung gegen Erschütterungen durch oben beschriebenen Luftkissen auf den Holztragen bewirkt.

An den Seiten offene Wagen sind gleichfalls vielfach besonders als Rettungswagen oder zum Transport von nicht ansteckenden Kranken im Gebrauch. Segeltuchgardinen sind zum Verschluss der Oeffnungen vorzusehen. Dergestalt sind die Amerikanischen Wagen gebaut, welche im Krankenhaus untergebracht sind und auf Anruf an die betreffende Stelle sich begeben. Die zu Kriegszwecken erbauten Wagen sind in zahlreichen Modellen vorhanden und haben in jedem einzelnen Lande eine verschiedene Gestalt, was sich auch vielfach nach den geographischen Verhältnissen des Landes selbst richtet. Bemerkenswerth sind von Gogné-Alençon erbaute Wagen, welche auch auf der Pariser Weltausstellung 1900 sich befanden. Dieselben sind auf allen Seiten oder zweirädrig, zur Beförderung von 3 übereinanderliegenden Kranken



Verfügung stehen können. Hier gelangen Aushülfsmittel, welche bei der allgemeinen Einrichtung des Krankentransportwesens zu er-  
m sein werden, zur Verwendung.

Die verschiedenen Arten der Beförderungsmittel (für Verwundete) theilt Port in folgender Weise: „Wenn die Krankentragen wegen der theit der Beförderung die Note „sehr gut“ und die Krankenwagen en ihrer etwas geringeren Sanftheit die Note „gut“ verdienen, so mt unserer dritten Gattung von Transportmitteln, den Landwagen, dingt die Note „schlecht“ zu.“ Dieses Urtheil des hervorragenden ärarztes ist von Interesse, als sich darin der grosse Unterschied Heeres- und Civilkrankentransportwesens deutlich kund giebt. Denn de für die Friedensverhältnisse sind andere Bedingungen zu erfüllen für die Verhältnisse des Krieges. Ich möchte diese hier etwas ein-der darlegen, da darnach die für die noch zu schildernden Beför-ungsarten geltenden Grundsätze ohne Weiteres sich herstellen lassen.

Im Frieden sind Beförderungsmittel in genügender Zahl in den lten und sogar auch möglicher Weise auf dem Lande nicht allzu-er in Bereitschaft zu halten, oder für den Einzelfall oder auch bei senunfällen auf dem flachen Lande zu improvisiren. Ganz anders Kriege, wo nach einer Schlacht besonders in den grossen mftskriegen wohl niemals eine genügende Zahl von Transport-eln für die Verwundeten vorhanden sein kann. Hier wird man also che von den Eingangs an die einzelnen Transportmittel und die Art Transportes überhaupt gestellten Anforderungen fallen lassen müssen.

wird sich ja selbstverständlich bemühen auch nach der Schlacht im ge die Tragen, Wagen etc., welche gerade zur Verfügung stehen, so em als möglich zu gestalten. Aber im Kriege kommt die Schnellig-

welche auf schlechtesten Wegen und unter schwierigsten äusseren Verhältnissen fortbewegt werden müssen.

Es ist daher ohne Weiteres aus den verschiedenartigen Anforderungen an die Krankenförderung beim Heere im Kriege und in Civilverhältnissen auch klar, dass das genannte Urtheil Port's über die einzelnen Beförderungsmittel nicht für die civile Krankenförderung Gültigkeit hat. Für letztere, d. h. in Städten und auf ebenen Wegen wird stets — vorläufig wenigstens — der von Pferden gezogene Krankenwagen das beste Beförderungsmittel sein. Einen Ersatz können einigermassen die Räderbahnen bilden, während Krankentragen natürlich für die Beförderung im Wagen nicht zu entbehren sind oder entbehrt werden sollten, aber als alleiniges Transportmittel in einer Stadt nicht oder nur in Ausnahmefällen in Frage kommen können. Ganz anders verhält sich die Krankenförderung unter anderen geographischen Verhältnissen in gebirgigen Gegenden oder auf dem Wasser, wo ja von Beförderung in Krankenwagen mit Pferden keine Rede sein kann.

Die Beschreibung der Einrichtung des Krankentransportdienstes in der Stadt und auf dem Lande mit besonderer Rücksicht auf die Beförderung in Krankenwagen wird zuletzt erfolgen.

Im Anschluss an die Krankenwagen sind noch

## 2. Schlitten

zu besprechen, welche eine sehr schonende Art der Beförderung gestatten. Sie sind in einzelnen Gegenden, welche einen grossen Theil des Jahres Eis haben, nicht ausser Acht zu lassen. Man kann sehr gut in einem Schlitten einen Kranken befördern, indem man ihn günstig auf Stroh lagert, sorgsam einwickelt und einen Begleiter hinter oder neben ihm ausserhalb des Wagenkastens Platz nehmen lässt. Ueber dem Kranken wird über Fassreifen oder sonstigen Bügeln ein Verdeck ausgespannt und vom Ende desselben bis an das Fussende ein Plan gedeckt. Auf diese Weise kann man den Kranken gegen Kälte, Nässe und Wind schützen. Ein solcher Schlitten ist als Krankentransportmittel stets erst zu improvisiren, da er für gewöhnlich solchen Zwecken nicht dient. Man kann auch den Kasten eines Wagens, welcher sonst nicht als Schlitten benutzt wird, als solchen herstellen, indem man einen gewöhnlichen Wagen von seinen Räderachsen entfernt und auf ein paar glatt gehobelten Stangen oder Eisenstäben befestigt.

Wichtig ist noch die Frage der Art der Desinfection der Krankentransportgeräthschaften. Die Desinfection der Krankentragen und auch Räderbahnen ist, wenn diese nach den richtigen Grundsätzen, zu welchen, wie wir gesehen haben, auch die leichte Möglichkeit einer ausgiebigen Desinfection gehört, hergestellt sind, nicht schwer auszuführen. Die Holz- und Metalltheile der Tragen sind wie auch die Bezüge aus Ledertuch durch Abwaschen mit desinficirenden Lösungen gut zu desinficiren. Sind Segeltuch- oder Leinewandlager an den Tragen vorhanden, so können diese in strömendem Wasserdampf desinficirt werden.

Desinfection des Inneren der Wagen der Ambulances municipales  
mit Carbolsäure, in England wird das mit polirtem Holz belegte  
innere mit Carbolseifenlösung gewaschen, in Berlin werden die  
Wagen in der städtischen Desinfectionsanstalt nach der dort geltenden  
Methode desinficirt. Ich habe sogleich nach Erscheinen der ersten  
Versuchsergebnisse mit dem Formaldehyd dieses zur Desinfection  
der Krankenwagen vorgeschlagen. Nach den jüngsten Versuchen mit  
diesem Mittel ist wohl auch kein Zweifel, dass es hierfür sehr geeignet  
ist. Auf der Naturforscherversammlung in München 1899 wurde hervor-  
gehoben, dass das Formaldehyd zur Desinfection der Wohnungen sehr  
gut eignet, indem es eine ausreichende Oberflächendesinfection er-  
reicht. Alle Gegenstände mit Falten, Gewebe, welche in dem be-  
treffenden Raum vorhanden sind, werden in strömendem Wasserdampf  
desinfectirt. Ganz ähnlich würde sich das Desinfectionsverfahren bei den  
Krankenwagen gestalten und jedenfalls bequemer sein, als die sehr zeit-  
verzehrende Desinfection, wie sie in Berlin stattfindet. Ferner muss  
die Desinfection im Krankenhause, zu welchem der Kranke gebracht  
werden muss, geschehen, was mit dem geschilderten Formaldehydverfahren  
leicht und bequem ausführbar ist. Es ist auch besser den  
Transport inficirten Wagen nicht erst weite Wege zurück-  
zu lassen, sondern die Desinfection an Ort und Stelle vorzunehmen.  
Wie früher dargelegt, dass ich eine Desinfection der Krankenwagen  
vor jedem jeden Transport eines Kranken für erforderlich hielte, da  
ich bei der Beförderung eines Verletzten oder nicht ansteckenden  
Personen nicht wissen könne, ob nicht in dem Haushalte, aus welchem  
er stammt, eine ansteckende Krankheit herrscht, sodass Krank-  
keime an dem Anzuge oder der Wäsche des Kranken haften können,

Budapester freiwilligen Rettungsgesellschaft von 1894 ist erwä die Fahrzeuge nach jedem Transport desinficirt werden.

In Berlin und einzelnen anderen Orten besteht die Verfüg wenn trotz des Verbotes die Beförderung eines ansteckenden K einer Droschke stattgefunden, dann das Gefährt zu desinficiren Ausführung der Desinfection einer Droschke dürfte, wie oben nicht leicht, und ihr Erfolg zum mindesten zweifelhaft sein.

γ) Durch verschiedene Triebkräfte fortbewegte fahrbare Krankenbeförder

#### 1. Krankentransport auf Eisenbahnen.

Die Beförderung von Kranken auf Eisenbahnen ist für liche Gesundheits- und Krankenpflege sehr wichtig, da nicht alle Personen, von welchen es bekannt ist, dass sie an einer E leiden, d. h. für welche ein Transport auf der Eisenbahn bes auf der Eisenbahn befördert werden, sondern auch solche Pers welchen dies nicht bekannt ist, welche aber selbst von ihrer E wissen, oder auch solche, welche erst unterwegs erkranken einige Zeit in ihrem erkrankten Zustande auf der Bahn fahrer Da die Eisenbahnwagen zur gemeinsamen und fortgesetzten B zahlreicher Personen von einem Orte zum anderen dienen, k zur Verschleppung von Erkrankungen über grosse Landstriche Es haben daher die Behörden in den meisten Culturstaater Zulassung von Kranken zum Eisenbahntransport und über di Ausführung desselben Verfügungen erlassen, welche wichtig s für Deutschland jetzt bestehenden Vorschriften sind in dem b Abschnitt des Handbuches von Dietrich zusammengestellt sächlich auf die Tuberkulose und die Cholera richteten die ihr Augenmerk und in neuester Zeit gesellte sich zu di die Pest, gegen welche in Deutschland jetzt einheitliche V bestehen. Den vorläufigen Ausführungsbestimmungen zu de betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten vor 1900 ist auch eine „Anweisung über die Behandlung der l Personen- und Schlafwagen bei Pestgefahr“ und „Verhaltensm für das Eisenbahnpersonal bei pestverdächtigen Erkrankungen Eisenbahnfahrt“ beigelegt. In ganz hervorragender Weise v Verhütung der Verbreitung der Tuberkulose durch den Eisenba beachtet, also besonders von derjenigen Art von Personen, vo es nicht bekannt und welchen es auch nicht ohne Weiteres ist, dass sie an einer Erkrankung leiden. Ich verstehe also dem Krankentransport auf der Eisenbahn auch die selbststä nutzung der Eisenbahnwagen von Seiten kranker Personen, we ohne Weiteres als krank erkennbar sind.

Wenn möglich sollten Kranke mit erheblicheren — besc steckenden Leiden — nicht die Eisenbahn benutzen, ausser in wofür dann besondere Wagenabtheile oder Wagen bereitzuste

ass Gefahren durch die Beförderung von Kranken mit der Eisen-  
für das Allgemeinwohl entstehen können, haben Versuche von Petri  
an. Während Prausnitz bei der Untersuchung von vier von Berlin  
eran fahrenden Durchgangswagen, nur im Staub des einen Tuberkel-  
in geringer Zahl fand, sodass nach seiner Ansicht die gewöhnliche  
r Reinigung der Eisenbahnwagen genügt, die Wagen soweit frei von  
elbacillen zu halten, dass eine Gefahr für das reisende Publikum  
hlossen erscheint, fand Petri hingegen an den durch Auswurf  
inigten Stellen der Abtheile sieben verschiedene Arten von Bac-

Von diesen waren vier für Menschen pathogen, und sie sassen  
s am Fussboden, am wenigsten an der Decke. Abwaschen  
roc. Seifenlösung, Abspülen und Trockenreiben befreiten Wände  
nke der Abtheile der 3. und 4. Classe genügend von den Bac-  
der Gehalt an Keimen am Fussboden wurde sehr verringert.  
Abwischen des letzteren hatte guten Erfolg. War der Auswurf  
cknet, so war Sublimat gegen die darin befindlichen Tuberkel-  
wirkungslös. Anstreichen der verunreinigten Holzflächen (in 3.  
Classe) mit Oelfarbe war von guter Wirkung. In künstlich in-  
Wagen 1. und 2. Classe bewirkte strömender Wasserdampf voll-  
e Desinfection der Möbel, hingegen war die Desinfection der  
Abtheile und eines Waggon 4. Klasse mit Seife, Wasser und  
Carbollösung durch 2 Berliner städtische Desinfectoren erfolglos.  
e Desinfection der Polstermöbel in strömendem Wasserdampf war  
hend.

s ist also dringend erforderlich, dass, falls Jemand an einer  
kenden Krankheit erkrankt ist, und seine Ueberführung mit  
Eisenbahn aus irgend einem Grunde geschehen muss, nicht

lichkeit des Patienten erforderlichen Gegenstände sind vom Reise selbst bereitzustellen und werden im Wagen ohne weitere Gebühr genommen. Diese Kosten für einen Transport sind sehr hoch, und ist dies mit ein Grund, dass von den Salonwagen nur wenig Gebrauch gemacht wird, was im Interesse der Hygiene wenig erfreulich ist. habe den Wagen der Eisenbahndirection Berlin, sowie die in Baiern in Ungarn vorhandenen sogenannten „Rettungswagen“ in meinem Satze in der Real-Encyclopädie der gesammten Heilkunde abgebi. In Preussen und Oesterreich heisst der Wagen „Rettungswagen“, der zur Ausbesserung des Materialschadens erforderlichen Gegenstände entl während in Ungarn die zur Beförderung der Verletzten dienenden Wa diese Bezeichnung führen. Zur möglichsten Verringerung der gerad Eisenbahnwagen sehr stark auftretenden Erschütterungen ist der Wa kasten des Berliner Wagens auf dem eisernen Untergestell durch K schukunterlagen elastisch gelagert.

Ganz hervorragend ist bei unserem Heere das Krankenbeförderu wesen auf den Eisenbahnen geordnet. Es sind eigene Transportw: vorgesehen, in welchen eine ziemlich grosse Zahl von Verwundeten fördert werden kann, ferner sind besondere Vorrichtungen erso worden, um in Güterwagen eine möglichst schonende Transporti der Verletzten zu ermöglichen. Die beiden Haupttypen von Anbrin der Tragen im Inneren der Wagen sind das Grund'sche System, welchem die Tragen auf Stangen aufgestellt werden, welche auf B federn elastisch ruhen. Letztere sind auf dem Boden der Wagen festigt. Beim Hamburger System werden die Tragen an eisernen Trä aufgehängt, welche an den Querleisten der Wagendecke mit Klamm „Teufelsklauen“ angebracht sind. Man hat auch in einem Wagen t Anordnungen vereinigt, oder zur Ausnutzung des unteren Raumes der Hamburger Anordnung an den eisernen Trägern gleichgesta nach unten verlaufende Träger angebracht, in welchen dann die unt Tragen eingehängt werden, eine nicht empfehlenswerthe Zusam Stellung, weil die Anbringung der unteren Tragen wegen der Hin- Herbewegung der oberen Träger sehr schwierig ist. Die neueste festigungsart der Tragen in den Eisenbahnwagen erfolgt an Geste an welchen die Tragen in zwei Stockwerken so aufgehängt werden, Erschütterungen in den drei Achsen des Raumes möglichst vermü werden. Ueber die Anbringung der Tragen in den Eisenbahnen sin allen Ländern zahlreiche Versuche gemacht worden, welche in vi Werken veröffentlicht sind. Die Fortschaffung der Verletzten im Kr kann ja in letzter Linie nur mit Hülfe der Eisenbahnen geschehen, Ausnahme von denjenigen Fällen, wo eine Massenbeförderung auch Flussschiffen möglich ist.

Zu erwähnen ist an dieser Stelle auch das System Linxwei welches für Hüflslazarethzüge im Kriege ersonnen, sich auch gut be ders für Massentransporte von ansteckenden Kranken, welche mit Bahn zu befördern wären, bewähren könnte. Auch für Transp

von mehreren Kranken in einem Wagen wird es wegen seiner leichten Aufstellbarkeit sich gut anwenden lassen. Bei diesem System sind Gasrohre benutzt, welche in Güterwagen aufgestellt werden. Am oberen Ende sind durch Verschraubung herzustellende Verlängerungen vorhanden, welche durch dreizackige Klauen gegen die Wagendecke festgedrückt werden, während unten das Rohr auf viereckiger Grundlage endigt, deren Mitte eine Stahlspitze hat. Hierdurch werden die Rohre oben und unten sicher festgestellt. Ein Ausreißen, wie dies mit den Teufelsklauen beim Hamburger System gelegentlich geschehen, ist durch diese Anordnung ausgeschlossen. Linxweiler hat verschiedene Abarten seines Systems angegeben, welches in der freiwilligen Krankenpflege bei den Vereinen vom roten Kreuz jetzt vielfach verwendet wird.

Das von mir construirte und oben (S. 409) abgebildete Transportgeräth ist auch bei Transporten von Kranken und Verletzten in Civilverhältnissen in Eisenbahngüterwagen mit Vortheil zu verwenden.

Fröhlich empfiehlt starre und freie Aufhängung der Tragen in Eisenbahnwagen, um selbstständige Bewegung der Bahren und Berührung der Fussböden und Wände zu verhindern. Er hat ein einfaches Verfahren angegeben, um einen Eisenbahnwagen in einen Krankenwagen umzuwandeln. Einige mit ovalen Löchern versehene Holzpfiler werden senkrecht gegen die Wände befestigt. In den Löchern werden sinnreich hergestellte schmiedeeiserne Haken angebracht und an ihnen doppelte Schleifen aufgehängt, deren oberes Ende zu einem Metallring verläuft. Vermittelt der Schleifen werden die Tragen aufgehängt.

Diese letzteren Anbringungen der Tragen in den Eisenbahnwagen gehören bereits in den Bereich der Improvisationen, welche im Zusammenhange noch besprochen werden.

Um einen Kranken liegend in der Eisenbahn fortzuschaffen, ist er in den Wagen hinaufzuheben, leichter Erkrankte können wohl auf einer Bank eines Abtheils sitzend befördert werden. Für den ersten Fall steigt ein Mann in den Wagen und fasst den auf einer Trage liegenden oder von Trägern gehaltenen Kranken unter den Schultern, während Becken und Unterschenkel von anderen Trägern umfasst werden, und eventuell ein besonderer Träger ein verletztes Glied nachhebt. Soll oder kann der Kranke auf der Trage befördert werden, mit welcher er an den Wagen gebracht wurde, so steigt auch in diesem Falle ein Träger in den Wagen zuerst hinein und erfasst das ihm zunächst gelegene Ende der von zwei anderen Trägern erhobenen Trage, welche er dann sanft in den Wagen hineinhebt. Hierauf steigen die anderen Träger in den Wagen hinein und bringen die Bahre an ihren bestimmten Platz. Im Nothfalle kann man auch die beiden gegenüberliegenden Sitzreihen durch ein an der einen Seite übergelegtes Brett verbinden, und auf diesem Lager dann den Kranken betten. In der Bahn müssen Schwerkranke isowellen in ihren Betten befördert werden, was für andere Transporte besonders in den Städten stets dringend zu widerrathen ist. Besondere Frage sind für Kranke auf den Bahnsteigen der Stationen noth-

wendig. Zu erwähnen ist ein von Holterhoff-Osnabrück angegebenes Geräth, bei welchem der Sessel an zwei Stangen drehbar befestigt ist, sodass er, wenn die Stangen, die vorn Haken haben, am Fussboden des Abtheils eingehakt sind, durch Erhebung von hinten her in Höhe des Fussbodens des Abtheils erhoben werden kann.

Es ist hauptsächlich in den letzten Jahren auf verschiedenen Congressen bei Berathungen über „Eisenbahnhygiene“ auch der Transport von ansteckenden Kranken auf den Eisenbahnen erörtert worden. Bei der zunehmenden Inanspruchnahme der Eisenbahnen, den stetig wachsenden Anforderungen an die Beförderungsmittel in Bezug auf Sicherheit und Bequemlichkeit mussten auch die Vorkehrungen für diese den Anforderungen entsprechend vermehrt bzw. geändert werden. Gerade im Eisenbahnverkehr ist es besonders schwierig, wie wohl kein Einsichtiger verkennen wird, die Anforderungen des Comforts mit der Sicherheit des Betriebes in Einklang zu bringen. Schon die zahlreichen durchdachten Verordnungen beweisen, dass die Eisenbahnverwaltungen bemüht sind, vorhandene Uebelstände nach Möglichkeit abzuändern.

Verordnungen über die Beförderung kranker Personen auf Eisenbahnen wurden bereits in den fünfziger Jahren des vorigen Jahrhunderts von dem damaligen Handelsminister in Preussen erlassen. Das Regulativ vom Jahr 1835 enthält naturgemäss keine Bestimmungen über diesen Gegenstand.

In Deutschland ist die Eisenbahnbeförderung von Personen, welche Pocken, Flecktyphus, Diphtherie, Scharlach, Cholera oder Lepra leiden, nur in besonderen Wagen, von Kranken mit Ruhr, Masern oder Keuchhusten in abgeschlossenen Wagenabtheilungen mit getrenntem Abort gestattet. Personen, welche einer der erstgenannten Krankheiten verdächtig sind, können zur Beibringung eines ärztlichen Zeugnisses angehalten werden, von welchem die Beförderung abhängig gemacht wird. Ferner enthält die Dienstanweisung für die Preussischen Eisenbahnen vom 7. September 1892 die Bestimmung, dass „der Wagen, in welchem ein Cholerakranker oder Choleraverdächtiger sich befunden hat, . . . sofort ausser Dienst zu stellen und der nächsten geeigneten Station zur Desinfection zu übergeben“ ist. Die Art der Ausführung dieser ist aus dem bezüglichen Abschnitt des Handbuchs zu ersehen. Eine Aenderung dieser Bestimmungen steht jetzt durch den Erlass des Reichsseuchengesetzes bevor.

Dass diese Vorsichtsmaassregeln erforderlich, lehrt das Vorgehen anderer Länder, in welchen gleichfalls strenge Vorschriften über die Beförderung kranker Personen auf Eisenbahnen bestehen. Recht lehrreich ist der Erlass der Steiermärkischen Statthalterei vom 15. Mai 1899: „Es ist in jüngster Zeit der Fall vorgekommen: dass ein blatternkrankes Kind, während der Fahrt, der Arzt, der die Krankheit constatirt hatte, die bezügliche Meldung an die Behörde erstattete, von seinem Vater aus einer Landgemeinde mittelst der Eisenbahn nach Graz überbracht wurde, wodurch nicht nur Personen, welche den gleichen Waggon benützten, ernstlich in ihrer Gesundheit gefährdet, sondern auch thatsächlich die Blattern nach Graz verschleppt wurden.“ Im Weiteren wird das bereits bestehende Verbot wieder be-



In Folge der Mittheilungen von Dr. Roux über ein neues Behandlungsverfahren der Diphtherie wurden täglich zahlreiche mit dieser Krankheit behaftete Kinder von verschiedenen Theilen der Provinz in das Institut Pasteur befördert. Ich erbeuge mich, Ihre Aufmerksamkeit in besonders strenger Weise auf die Gefahren, welche der Transport von Personen mit dieser Krankheit für deren Weiterverbreitung darstellt, zu lenken.

Die Diphtherie ist sehr ansteckend und kann durch Reisende verbreitet werden, welche in der Eisenbahn sich aufhalten und auf Abtheile die Krankkeime übertragen. Um eine solche Gefahr zu verhüten, würden besondere Vorkehrungen vorzuschreiben sein, deren Befolgung Sie, wie ich selbst, zweifellos für unabweisbar halten werden. Diese Maassnahmen könnten folgende sein:

1. Es muss durch die Angestellten der Gesellschaft besondere Aufmerksamkeit auf die Reisenden, besonders die Kinder, gerichtet werden.

2. Sind diese Personen anscheinend an Diphtherie erkrankt, die man beim ersten Blick durch die Mattigkeit, Blässe, rauhen Husten, behinderte Athmung, vermuthen kann, so sind sie dem Zugführer zu melden, welcher sie in einem besonderen Abtheilungswagen isoliren hat, zu welchem der Zugang zu verbieten ist.

3. Bei der Ankunft ist der Wagen mit grosser Sorgfalt mittelst einer Lösung von Sublimat 1 : 1000 zu desinficiren.

Ich zweifle nicht, dass Ihre Gesellschaft bereit sein wird, der Verwaltung ihre Hülfe nach dieser Richtung zu leihen, und ich drücke Ihnen bereits im Voraus meinen Dank aus.

Ich wäre Ihnen dankbar, wenn Sie mir den Empfang dieses Schreibens anerkennen und die Maassregeln mittheilen würden, welche Sie zu ergreifen für nöthig erachtet haben.“

Von Vorsorgen für Beförderung von Kranken auf Eisenbahnen in anderen Deutschen Ländern sind noch die im Königreich Sachsen bestimmten Krankenübergabe- und Krankenuntersuchungsstationen zu nennen, welche auch für die anderen Landestheile verfügt sind:

(Cottbuser Bahnhof), Riesa, Oschatz, Wurzen, Leipzig (Dresdener Bahnhof), Leipzig (Bayerischer Bahnhof), Zwenkau, Döbeln (Bahnhof), Borna, Geithain, Freiberg, Chemnitz, Zwickau, Reichenbach i. V., Crimmitschau, Werdau, Plauen i. V., (oberer Bahnhof), Plauen i. V. (unterer Bahnhof), Oelsnitz i. V., Schneeberg, Schwarzenberg und Marienberg.

#### B. Krankenuntersuchungsstationen,

d. h. solche, auf welchen ständig Aerzte sofort erreichbar und zur Verfügung sind folgende Stationen:

Zittau, Ebersbach, Löbau, Bautzen, Bischofswerda, Kamenz, Dresden-Alttasch Dresden-Alttasch (Elbkai), Dresden-Friedrichstadt, Dresden-Neustadt (Leipziger Bahnhof), Dresden-Neustadt (Schlesischer Bahnhof), Pirna, Schandau, Freiberg, Chemnitz, Zwickau, Plauen i. V. (oberer Bahnhof), Plauen i. V. (unterer Bahnhof), Grossenhain (Berlin-Dresdener Bahnhof), Grossenhain (Cottbuser Bahnhof), Meissen, Riesa Leipzig (Dresdener Bahnhof) und Leipzig (Bayerischer Bahnhof).

Für Oesterreich-Ungarn bestehen Bestimmungen folgenden Wortlauts:

#### 5. Vorkehrungen gegen Infectionskrankheiten.

Verordnungen des k. k. Handelsministers vom 10. Dec. 1892.

R.-G.-Bl. No. 207,

betreffend das Betriebsreglement für die Eisenbahnen der im Reichsrathe vertretenen Königreiche und Länder.

§ 20. (1. Alinea). Personen, welche wegen einer sichtlichen Krankheit oder aus anderen Gründen die Mitreisenden voraussichtlich belästigen würden, sind von der Mitfahrt auszuschliessen, wenn nicht für sie eine besondere Abtheilung bezahlet wird und bereitgestellt werden kann. Wird erst unterwegs wahrgenommen, dass ein Reisender zu den vorbezeichneten Personen gehört, so erfolgt der Ausschluss auf der nächsten Station.

Erlass des k. k. Handelsministeriums vom 25. April 1879.

Z. 34181 ex 1878<sup>1)</sup>.

betreffend die Beförderung mit ansteckenden Krankheiten behafteter Personen auf Eisenbahnen.

Seitens der politischen Behörden sind Fälle zur Sprache gebracht worden, in welchen Blatternkranke auf Eisenbahnen befördert wurden, wodurch eine Weiterverbreitung dieser Krankheiten stattfand.

Obgleich es nun nach dem Wortlaut des § 13<sup>2)</sup> des Betriebsreglements nicht angeht, mit ansteckenden Krankheiten behaftete Personen, insofern nicht etwa ein absolutes Verbot der Entfernung derselben aus dem Erkrankungsorte besteht, bei Einhaltung der Bedingung wegen Bezahlung eines abgesonderten Coupée von dem Verkehr ganz auszuschliessen, so dürfte doch meistens ein strenges Bestehen zu

1) Diese Verfügung des k. k. Handelsministeriums wurde mit dem Erlasse des k. k. Ministeriums des Innern vom 22. Mai 1879, Z. 7652, allen politischen Landesbehörden mit dem Bemerken zur Kenntniss gebracht, dass eine analoge Weisung auch an die Dampfschiffahrtsunternehmungen ergangen ist.

2) Die Vorschrift des § 13 des E.-B.-Regl. vom Jahre 1874 entspricht dem vorerwähnten § 120 des E.-B.-Regl. vom Jahre 1892.

er Coupes, sowie die den Kranken eine eingeräumte Warteloccalen in Stationen sind selbstverständlich nach erfolgter Benützung einer ordentlichen Reinigung und Desinfection zu unterziehen.

Die Verwaltungen der in Wien einmündenden Eisenbahnen wurden aus Anlass der Blatternepidemie mit dem Erlasse des k. k. Handelsministeriums vom 22. November 1890, Z. 44926, eingeladen, im Sinne der oben angeführten Vorschrift des Eisenbahnbetriebsreglements Vorsorge zu treffen, dass in vorkommenden Fällen den uniformirten Organen der Leichenbestattungsunternehmungen von anderen Passagieren abgesonderte Sitzplätze entweder durch Einräumen besonderer Coupés oder Wagenabtheilungen, eventuell besondere Wagen angewiesen werden. Die betreffenden Verwaltungen wurden durch die politische Behörde in Kenntniss gesetzt, dass jede stehende Bahnfahrt ihrer uniformirten Bediensteten in der durch die reglementarischen Bestimmungen vorgezeichneten Zeit vor Abgang des Zuges sowohl für die Hin- als für die Rückfahrt anzumelden ist, widrigenfalls die Bahnverwaltungen, welchen es nicht möglich wäre, die erforderlichen Coupés oder Wagenabtheilungen bereit zu halten, gehalten wären, die beanspruchte Beförderung der uniformirten Leichenbestattungsorgane auf Grund des § 13 des Eisenbahnbetriebsreglements (vom Jahre 1883) abzulehnen.

Es erscheint wichtig darauf hinzuweisen, dass auch die Beförderung von Personen, welche an Keuchhusten leiden, in Deutschland in besonderen Abtheilen erfolgen sollte. Bekanntlich werden Kinder mit Keuchhusten in den Sommermonaten in recht grosser Zahl in die Seebäder geschickt, weil man mit Recht einem Luftwechsel einen günstigen Einfluss auf den Verlauf dieser Krankheit zuschreibt. Nicht selten werden aber auch die Kinder nicht in besonderen Abtheilen mit ihren Angehörigen begleitet, sondern zusammen mit anderen gesunden Kindern anderer Familien. Es sollte mit Strenge von den Angehörigen und besonders von den Aerzten darauf geachtet werden, dass solche Kinder von anderen Kindern getrennt werden, denn dass der Keuchhusten eine ganz beson-

lera erwähnte und die Desinfection der Wagen darlegte. Besonders äusserte er sich über die Erschütterungen der Wagen während der Fahrt und vorzüglich über die Schwankungen, welchen der letzte Wagen des Zuges ausgesetzt ist.

Eine recht eingehende Erörterung über die Beförderung krank und verletzter Reisender und das Rettungswesen auf den Eisenbahnen fand in der Section für Eisenbahnhygiene auf dem X. internationalen medicinischen Congress in Berlin 1890 statt. v. Csatory hielt besondere Wagen für den Transport ansteckender Kranker für unbedingt erforderlich, da eine genügende Desinfection eines Eisenbahnwagens nach Benutzung durch einen ansteckenden Kranken nicht möglich sei. In v. Csatory construirten Rettungswagen werden im Artikel „Rettungswesen“ beschrieben werden. Ferner wurde auf dem VIII. internationalen Congress für Hygiene und Demographie 1894 in Budapest und in der 22. Versammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege zu Karlsruhe 1897 bei Gelegenheit eines Referates „Die Verbreitung von ansteckenden Krankheiten in Badeorten und Sommerfrischen; Schutzmaassregeln für die Bewohner und Besucher solcher Orte“ von Batllehner auch die Frage der Beförderung von ansteckenden Kranken auf Eisenbahnen gestreift, desgleichen in der 33. Versammlung des genannten Vereins 1898 zu Köln. Ueber die meisten Punkte herrschte Einigkeit, wenngleich Stich-Nürnberg in Budapest auch mit Recht meinte, man solle nicht zu grosse Anforderungen an die Behörden stellen, besonders da, wo die Gefahr für die Mitreisenden nicht gross sei. Er stützte sich hauptsächlich auf die Versuche von Prausnitz, nach welchem die gewöhnliche Reinigung der Wagen genügt, um besonders Tuberkulosekeime abzutöden, gegen welche Ansicht sich Brähler wendete. Nach Stich sind am besten durch eine internationale Vereinbarung die erforderlichen Vorsichtsmaassregeln für den Eisenbahnverkehr festzustellen. Auf gleicher Weise habe ich mich in einem Vortrage auf dem internationalen Congress für Rettungswesen und erste Hülfe in Paris 1900 ausgesprochen. Mein Vortrag: „Die Bedeutung des Krankentransportes für den öffentlichen Verkehr“ hatte folgende Satze:

„1. Der Transport von ansteckenden Kranken ist für den öffentlichen Verkehr von Bedeutung, da durch denselben die Verbreitung von ansteckenden Krankheiten möglich ist.

2. Es sind daher für den Transport von ansteckenden Kranken innerhalb der einzelnen Ortschaften besondere Maassregeln zu treffen, welche sich vorzüglich auf folgende Punkte zu erstrecken haben:

- a) Einrichtung und Ueberwachung des Transportes von ansteckenden Kranken durch die zuständigen Behörden (Staat oder Gemeinde).
- b) Bereitstellung einer genügenden Zahl eigener Krankenwagen (am besten in den Krankenhäusern).
- c) Unentgeltliche Beförderung der Kranken.
- d) Desinfection der Krankenwagen und der für den Kranken benutzten Stücke nach einem jeden Transport.

- e) Bereitstellung eigener Krankenträger, welche vor Ausführung eines Transportes besondere Anzüge anzulegen haben, welche nach jedem Transport zu desinficiren sind.
- f) Verbot des Transportes von ansteckenden Kranken in allen dem öffentlichen Verkehr dienenden Fuhrwerken und Fahrzeugen (Droschken, Omnibus, Sänften, Strassenbahnen, Eisenbahnen und Schiffen im Kleinverkehr innerhalb der einzelnen Orte und Vorortsverkehr).

3. Für den Verkehr zwischen einzelnen Ortschaften und Ländern sind in Bezug auf die Beförderung von ansteckenden Kranken möglichst einheitliche behördliche Bestimmungen sowohl für die Beförderung innerhalb des Landes selbst als auch besonders zwischen den verschiedenen Ländern erforderlich.

4. Zu diesem Behufe sind, soweit solche noch nicht bestehen, Vorschriften über die Beförderung von ansteckenden Kranken hauptsächlich auf Eisenbahnen und Schiffen zu erlassen. Im Uebrigen ist der Krankentransport möglichst auch hier unter Berücksichtigung der für die einzelnen Ortschaften genannten Gesichtspunkte einzurichten. Vor allen Dingen ist

- a) Die Beförderung von ansteckenden Kranken auf Eisenbahnen und Schiffen möglichst zu beschränken. Ist eine solche nicht zu umgehen, so sind
- b) besondere Räume, welche nur diesem genannten Zwecke dienen, bereitzustellen, welche
- c) nach jedem Transport zu desinficiren sind.
- d) In Abtheilen oder Kajüten, welche dem allgemeinen Verkehr dienen, dürfen unter keinen Umständen ansteckende Kranke befördert werden.
- e) Der Transport ist möglichst billig für das Publikum zu gestalten.
- f) Diejenigen Beamten, welche den Kranken getragen oder sich an dem Transporte betheiligt haben, haben in Bezug auf ihren Anzug nach Maassgabe von No. 2c zu verfahren.“

Der zweite Theil, welcher sich auf den internationalen Verkehr der Länder unter einander bezieht, betrifft also die gleichen Forderungen, welche Stich aufgestellt.

Zu erwähnen ist auch noch die Berathung auf der VII. öffentlichen Jahresversammlung des allgemeinen Deutschen Bäder-Verbandes zu Eisenach 1898, in welcher Kothe-Friedrichsroda über die Frage sprach: „Wie hat die Eisenbahndirection am besten Sorge zu tragen für Transport und Aus- und Einsteigen schwerkranker Badegäste?“ Folgende Schlüsselsätze wurden hier für eine Petition an die Reichsregierung angenommen:

„1. Die sämmtlichen den Transport Kranker betreffender Bestimmungen der für die Eisenbahnen des Deutschen Reiches gültigen Verkehrsordnungen sind durchaus zweckmässig, sie bedürfen aber nach verschiedenen Richtungen der Erweiterung und Verbesserung.“

II. Die Zusatzbestimmung zu § 20 der Verkehrsordnung ist so ändern, dass

a) an leicht übertragbaren d. h. an acuten Infectiouskrankheiten Leidende für den Transport vorher angemeldet werden und überhaupt eine Art Anzeigepflicht eingerichtet werden müsse;

b) an schweren übertragbaren d. h. chronischen Infectiouskrankheiten Leidende, z. B. an Tuberkulose im vorgeschrittenen Stadium, derselben und den bereits bestehenden Bestimmungen unterliegen, dass

c) auch von den Bahnverwaltungen selbst, soweit das ohne Belästigung des Publikums angängig ist, eine gewisse Controle etwa ab- und zugehender kranker Reisender und eine strengere Controle der Wagen und Wartesäle ausgeübt werde.

III. Die für den Transport Schwerkranker von den Strassenfahrzeugen nach den Eisenbahnwagen feststehenden Bestimmungen und Gebrauche müssen durch Ergänzung des dazu benötigten Materials und durch Instruction der dazu gehörigen Beamten vervollständigt werden.

IV. Die Zahl der nur im Durchschnitt zu 9 pCt. wirklich besetzten Abtheilungen erster Klasse, welche ausserdem viel zu billig sind, muss wesentlich verringert und dafür in gewissen Eisenbahnzügen Sanitätsabtheilungen von erster, zweiter und dritter Klasse beschafft und eingestellt werden. Hat sich erst die letztere Maassregel in ihrer wohlthätigen Wirkung gezeigt, so wird es mit den Sanitätsabtheilungen und Sanitätswagen so gehen, wie mit den jetzigen guten Krankenhäusern: man wird sie gern benutzen.

Es hat also an vielen gutgemeinten Rathschlägen nicht gefehlt, und auch nicht an dem Entgegenkommen der betheiligten Behörden. Nun muss die Benutzung besonderer Krankenwagen auf den Eisenbahnen so billig hergestellt werden — wofür ja jetzt noch manche Hindernisse vorhanden sein mögen — dass sie nicht viel theurer ist, als die Beförderung einer gesunden Person. Dann wird auch diese wichtige Frage der öffentlichen Gesundheitspflege in befriedigender Weise gelöst werden können.

Beim Bau der Eisenbahnwagen, besonders auch derjenigen für die Beförderung kranker Personen, sind die von Wichert 1889 aufgestellten Gesichtspunkte zu berücksichtigen. Er beginnt seine diesbezüglichen Ausführungen mit den Worten: „Der Bau der Personenwagen muss zunächst und vor allen Dingen den Anforderungen der Betriebssicherheit entsprechen.“ Das kann natürlich keinem Zweifel unterliegen, aber eine gleichfalls sehr wichtige Forderung, welche nach den Eingangs erwähnten Anforderungen an alle Krankentransportmittel zu stellen ist, ist auch die für die Gesundheit und Bequemlichkeit der Personen selbst, sowie die für die Gesundheit der Umgebung. Es ist daher mit Freude zu begrüßen, dass das Kaiserliche Gesundheitsamt 1898 im Einvernehmen mit dem Preussischen Ministerium der öffentlichen Arbeiten „Gesichtspunkte, die behufs Verhütung von Krankheitsübertragungen bei der Reinigung der Eisenbahn-Personenwagen, beim Bau und in der Ausstattung derselben, sowie bei der Reinigung der Wartesäle und Bahnsteige zu be-

essicherten in Frage kommen muss, klar ausgesprochen.

Von anderen Deutschen Staaten sind noch Sachsen und Bayern eigenen Krankentransportwagen für Schienenwege zu nennen. Der te Wagen dient besonders auch zur Beförderung von ansteckenden ken, während die Bayerischen Wagen zur Fortschaffung von Verletzten richtet sind.

Der Sächsische Krankenwagen I. Klasse, welcher gegen 12 Fahr- n I. Klasse benutzt werden kann, wurde vor etwa 25 Jahren von eipzig-Dresdener Bahn übernommen. Er enthält einen kleinen Vor- mit Ledermatratze, einen kleinen Salon als Krankenraum, Toilette Dienerraum. Da er einen Radstand von nur 3,35 Metern hat, ist Gang bei schneller Fahrt kein ruhiger und daher seine Benutzung häufige. Es wird statt seiner ein Salonwagen benutzt, dessen In- nach eigenem Bedarf eingerichtet wird. Er enthält ein Abtheil lasse mit 7 Plätzen, Toilette, Salon mit 10 Sitzplätzen, Gasbeleuch- heizbarem Ofen, und kann auf alle fremden Bahnen übergehen bei Radstand von 4,48 Metern. Ferner wird gegen 4 Fahrkarten asse auf den Sächsischen und 6 I. Klasse auf den ausersächsischen en ein ausgerüsteter Wagen IV. Klasse geführt mit Holzwänden, eizung, Radstand 4,0 Meter. Der Eingang erfolgt auf den beiden eiten. Der Fahrgast kann sich denselben einrichten z. B. ein Bett ingen. Er enthält eine Tragbahre mit Kissen, Gummiringe mit en, einen lederbezogenen Lehnstuhl, einen Rohr- und einen Feld- Waschtisch, Closet, Ofen u. s. w. Zum Krankentransport im e sind Wagen 4. Klasse bestimmt, welche im Inneren Säulen mit n zur Aufhängung der Tragen enthalten. Es sind jetzt zwei neue entransportwagen auf den Sächsischen Staatsbahnen in Betrieb ge- worden. deren einer die Tragbahre enthält. während im anderen

Verfügungen und Einrichtungen. Bereits am 10. November 1882 wurde vom Handelsminister ein Erlass herausgegeben, welcher das Rettungswesen auf Eisenbahnen betraf und unter V folgende Bestimmungen enthält:

V. Diese Wagen sollen rücksichtlich der äusseren Form und Dimensionen nach dem Muster der Maltheser-Lazarethwagen gebaut sein, innen separirbare Räume mit bequemen Lagern enthalten und mit Closets, Wasch- und Heiz-Apparaten versehen sein.

Diese Waggons wären nicht nur bei Unfällen zu verwenden, sondern auch kranken Reisenden gegen entsprechende Bezahlung zur Verfügung zu stellen.

Auch muss in jedem dieser Wagen ein mit festen Wänden abschliessbarer Raum derart eingerichtet sein, dass in demselben eventuell ein aufgeregter Geistkranker auf weitere Strecken transportirt werden kann, ohne dass derselbe aus diesem Raume entweichen oder sich verletzen kann, und dürfen Geisteskranken, welche sich oder Anderen gefährlich werden könnten, auf Eisenbahnen nur in diesen Wägen, und zwar niemals ohne entsprechende Begleitung transportirt werden.

Die hohe Wichtigkeit, welche man in Oesterreich dem Kranken transportwesen beimisst, geht auch aus einem Erlass des Handelsministeriums vom 11. Juni 1889 hervor, nach welchem den Lokal- und Secundärbahnen die Aufstellung grosser Rettungskästen erlassen wurde, nicht jedoch die Aufstellung von gepolsterten gedeckten Tragbahnen „nachdem für die Beschaffenheit der Tragbahn in solchen Stationen nicht der Charakter der Bahn entscheidend sein kann, sondern die Rücksicht auf die zu transportirenden Verunglückten . . . .“ Hier wird also der Beförderungsgeräth höhere Wichtigkeit für die Rettung Verunglückter beigemessen als dem Verbandkasten.

Die Beförderung kranker Personen mit ansteckenden Krankheiten auf der Eisenbahn ist in Oesterreich untersagt, denn der § 15 des Erlasses des Ministeriums vom 16. August 1887, „womit allen politischen Landesbehörden eine Anleitung zum Desinfectionsverfahren bei ansteckenden Krankheiten bekannt gegeben wurde,“ lautet:

#### Krankentransport.

15. Zum Transporte von Infectionskranken ist die Benützung öffentlicher Fuhrwerke unstatthaft. Zu diesem Zwecke müssen besondere Krankentransportwagen oder Tragbahnen verfügbar gehalten werden.

Dieselben sind derart herzustellen, dass ihre Reinigung und Desinfection in Umständlichkeit leicht und gründlich bewirkt werden kann.

Ein Jahr vorher am 5. August 1886 hatte das Ministerium Verfügungen gegen die Cholera getroffen, unter welchen wichtig sind:

#### C. Maassregeln beim Ausbruch der Cholera.

38. Zum Krankentransporte dürfen dem öffentlichen Verkehr dienende Fuhrwerke nicht benutzt werden. Hat eine solche Benützung dennoch stattgefunden, ist das Gefährt zu desinficiren,

und ferner der Erlass der Statthalterei im Küstenlande vom



von Personen mit ansteckenden Krankheiten auf der Eisenbahn ist noch folgende, die sich direct auf diesen bezieht:

## II. Cholera-Propylaxe.

Vorkehrungen gegen die Einschleppung der Cholera zu Lande über die Reichsgrenze.

2. Die zur Verhinderung der Einschleppung der Cholera aus dem Auslande nennenden Schutzmaassregeln bestehen<sup>1)</sup> in der Ueberwachung des Verkehrs an Durchstationsstationen der Eisenbahnen, der Strassen, der Binnenschifffahrt, event. der Ueberwachung und sogar Absperrung der Uebergangs- und Schleichwegesgegenden. Wenn auch bei den gegenwärtigen, sehr complicirten Verkehrsverhältnissen eine vollständige Ueberwachung kaum erreichbar ist, die anzuordnenden Regeln keinen absoluten Erfolg garantiren, so wäre es doch ein Fehlgriff, dieselbe Vorkehrung an den Reichsgrenzen fallen zu lassen und sich der Hoffnung zu hingeben, dass durch die im Inlande getroffenen Maassnahmen ein für sich allein stehender Schutz gegen die Entwicklung und Weiterverbreitung der Cholera erzielt sei. Gelingt es auch nicht, alle Ursachen, welche die Einschleppung der Cholera bewirken können, zu beseitigen, so ist doch schon Wesentliches erreicht, die häufigsten und bedenklichsten Veranlassungen der Einschleppung des Ansteckstoffes gleich an der Reichsgrenze abgewendet werden.

Die Wagen, welche zum Transport von Kranken und Verletzten auf den ungarischen Staatsbahnen eingeführt wurden, sind nach Angaben von v. Csatory hergestellt. Ihre Bauart, welche ich beim Artikel „Eisenbahngesundheitswesen“ auseinandersetzen werde, ist derartig, dass eine vollständige Desinfection des Wagens möglich ist, welche nach v. Csatory an solchen ähnlichen Eisenbahnwagen nicht möglich ist, da diese für eine Desinfection nicht eingerichtet seien. Aus diesem Grunde construirte er seine Wagen, bei welchen die Lager, welche zugleich als Tragbahnen für die Kranken und Verletzten hergestellt sind, vollkommen aus dem Wagenraum herausgezogen sind.

Herr Gouverneur. Litera C des Artikels 4 des Königlichen Erlasses vom 4. A. 1595, der in der Anlage beigelegt ist, bestimmt, dass Personen mit ansteckenden Krankheiten in einem von ihnen allein zu besetzenden Abtheil zu fahren haben. Personen, welche den Transport zu begleiten haben, dürfen mit ihnen zusammen sein. Die Erfahrung hat gelehrt, dass diese Verfügungen beinahe niemals beobachtet sind, sicherlich weil das Publikum sie nicht kennt. Im Begriff die Ausführung zu veranlassen, würde ich Ihnen dankbar sein, wenn Sie die Güte haben würden, die Aufmerksamkeit der Gemeindebehörden auf diese Bestimmung zu lenken, indem Sie sie auffordern, in Zukunft den Vorstehern der Abfahrtsstation das Datum und die Stunde der Reise solcher Personen zu bezeichnen, welche in die Krankenhäuser der grossen Städte geschickt werden sollen. Die Bürgermeister sollen ausserdem die in ihre Gemeinden practicirenden Aerzte ersuchen, ihnen die Fälle von solchen Erkrankungen bekannt zu geben, für welche sie die Ueberführung in ein Krankenhaus anempfohlen haben. Ich würde Ihnen Dank wissen u. s. w.

Es ist nun noch die Desinfection der Eisenbahnwagen zu erörtern, welche in vielen Stücken der der Krankentransportwagen gleicht, aber doch der Eigenart des Fahrzeuges entsprechend noch andere Verfahren erheischt als die Desinfection eines gewöhnlichen Krankenwagens. Jedenfalls sind auch die vorhandenen Salonkrankenzüge wegen der Eigenthümlichkeit ihrer Bauart nicht so leicht und einfach zu desinficiren, als es den Anschein hat. Stieh hat auf dem Congress in Budapest 1894 hervorgehoben, dass Kranke mit Blattern, Typhus, Cholera, Scharlach und Masern, sobald sie als solche erkannt sind, von der Weiterbeförderung ausgeschlossen und „die bereits von solchen benützten Wagen sofort sorgfältigst zu desinficiren“ sind. Das Verfahren hierzu hat er nicht besonders angegeben und daher wohl die in der Anweisung der Minister vom 8. August 1893 vorhandene Verfügung gemeint. In Personenwagen 1. und 2. Klasse sind die durch Entleeren des Kranken verunreinigten Stellen mit in Kaliseifenlösung getränkter Lappen gut abzuwaschen, dann ist der Wagen gründlich zu reinigen und mindestens 6 Tage lang in einem warmen, luftigen trocknen Raum aufzustellen. Bei Wagen 3. und 4. Klasse sind Fussböden, Wände, Sitz- und Trittbretter mit Kaliseifenlösung abzuwaschen, und der Wagen wenigstens 24 Stunden lang unbenutzt stehen zu lassen. Es bestehen noch bisher erhebliche Meinungsverschiedenheiten über eine wirklich zweckmässige Desinfection der Eisenbahnwagen und -abtheile, wie sich auch aus der verschiedenen Art der Desinfection der Eisenbahnwagen in einzelnen Ländern zeigt. So werden in Belgien die für den Transport Kranker bestimmten Wagen mit Sublimat gewaschen. Die Wagen befinden sich nach der Station Brüssel (Nord) und Brüssel. Nach der Benutzung werden sie sofort zur Werkstatt gebracht, wo sie ohne Aufenthalt wieder zurechtgemacht werden: sie werden vollkommen gewaschen, mit reinen Ueberzügen versehen etc. Dies geschieht nach der Beförderung von Verletzten. Hat der Wagen zur Beförderung eines Kranken gedient, so werden die Wände und alle Holzmöbel des Abtheils mit 1 prom. Sublimatlösung gewaschen. Besonders die Ecken und Winkel werden hierbei berücksichtigt. Während des Waschens werden die Abtheile durch Öffnen

mit ansteckenden Krankheiten zu verbieten sei. Wichtig scheinen von Tretrop aufgestellten Grundsätze, welche alles enthalten, was Bezug auf diese Frage zu fordern sein dürfte, und welche ich im Folgenden wiedergebe, da daraus ersichtlich ist, in welcher Weise die Eisenbahnen und sonstigen Beförderungsmittel auszustatten wären:

1. Anstellung von behördlichen Gesundheitsaufsehern, frei von jeder anderen Thätigkeit, welche die ersten Fälle von ansteckenden Erkrankungen anzuzeigen und Vollmacht haben müssten, die nothwendigsten Maassregeln selbst zu ergreifen. Pflichtmässige Anzeige der ersten Fälle von ansteckenden Krankheiten an diese Regierungsaufseher.

Als Ergänzung: die Schaffung von bestimmten Bezirksstationen zur Desinfection.

2. Der Ersatz der vorhandenen Ueberzüge in sämtlichen Beförderungsmitteln: Eisenbahnwagen, Droschken, Strassenbahnwagen, Schiffen, Wartesälen durch Stoffe, welche einerseits undurchlässig sind, andererseits Wäsche ertragen. Waschen mit Wasser und Seife müsste durchgeführt werden.

3. Verbot der Benutzung der öffentlichen Beförderungsmittel für ansteckende Kranke und Einrichtung eines besonderen Transportwesens für Kranke.

4. Förmliches Verbot auf den Fussboden der Wartesäle der Eisenbahnen, der Schiffskajüten auszuspeien. Benutzung beweglicher Becken in Wasserclosetts der Eisenbahnwagen mit einem desinficirenden Stoff, die Abfallstoffe aufzunehmen, anstatt sie mitten auf die Strecke zu lassen.

Gelegenheit für Reisende und Personal sowohl auf der Strecke als am Bahnhof zum Händewaschen.

kann, denn wenn die Wagen nicht eine solche Bauart besitzen, auch eine Desinfection oder Forderung derselben nutzlos. Mit Recht Braehmer auf mehreren Congressen hervorgehoben, dass neben Tuto für den Eisenbahnverkehr auch dem Jucunde und Cito Rechr getragen werden müsse. Daher dürfen die Maasregeln für die Beförderung kranker Reisender auch besonders auf das Jucunde Anspruch heben, wie aus den Ausführungen am Eingange genügend hervorgeht.

Im Anschluss an die Eisenbahnbeförderung von Kranken soll n kurz die Beförderung von Reisenden mit der

## 2. Post

berührt werden, welche in jetziger Zeit allerdings mehr in den Hintergrund getreten ist, immerhin aber noch Interesse für unser Thema beansprucht.

In alten Zeiten war man in Bezug auf den Postverkehr besonders zur Zeit des Herrschens von Seuchen sehr ängstlich, wie z. B. folge Postordnung beweist, welche ein Zeichen für die früher bestehende Ansicht über die Uebertragbarkeit ansteckender Krankheiten ist.

Erneute und erweiterte allgemein Post-Ordnung für sämtliche Königl. Provinzien. De dato Berlin, den 26. November 1782.

### Neunzehnter Abschnitt.

Von dem Verfahren der Postämter bey ansteckenden Krankheiten.

#### § 1.

Sobald ein Postmeister oder anderer Postbediente in Erfahrung bringet, seines Orts sich contagiöse Krankheiten äussern; So hat er ohne Zeitverlust dem eigentlichen Zustand derselben, bey dem Magistrat und den Medicis sich hiezu erkundigen, und dem General-Postamt davon unverzüglich ausführlichen Bericht zu erstatten, auch im Fall es eine pestartige, oder sonst böse ansteckende Seuche seyn sollte, mit jener Communication und Gutfinden so fort weder Passagiers-Paquete von solchen Orten auf die fahrende Post anzunehmen, sondern wenn Uebel völlig ausgebrochen wäre, auch Unsere Allerhöchste, oder Unsers General-Postamts Ordre darüber abzuwarten, den Lauf der fahrenden Posten gänzlich einstellen.

#### § 14.

Endlich wird den Postbedienten insgesamt auf ihr Gewissen gebunden, auf ihre Pflicht empfohlen, im Fall sie entweder an sich selbst, oder an ihren Hengenossen einige Zeichen der Contagion wahrnehmen und bemerken sollten, sich Abfertigung der Post von Stund an zu enthalten, und solches der Gerichtsobrigkeit anzuzeigen, welche sodann ermächtigt seyn soll, ad interim, und bis anderweitige Verfügung von Uns Allerhöchst Selbst, oder von Unserm General-Postamt geschähe, einem sichern und capablen Mann die Verwaltung und Administration der Posten übertragen.

Dass es auch in Deutschland nach den jetzt bestehenden Verordnungen verboten ist, Reisende mit ansteckenden Krankheiten in Fahrpost zu befördern, kann keinem Zweifel unterliegen. In Oesterreich besteht hierfür ein eigener Erlass:

... für bezahlen.

Erlass des k. k. Handelsministeriums vom 2. August 1894.

Z. 39746,

betreffend Choleraaassnahmen im Postverkehr.

Das Handelsministerium hat sich an das k. k. Ministerium des Innern um die Eile gewendet, ob vom dortigen Standpunkte die Hinausgabe von Grundsätzen an den Verkehr der Postfahrten auf Strassen in Cholerazeiten als geboten erachtet und welche Normen dieselben zu enthalten hätten, oder ob es den Post- und Telegraphendirectionen zu überlassen wäre, im Einvernehmen mit den betreffenden Gesundheitsbehörden die zweckdienlichen Vorkehrungen bei Bildung von Choleraherden Fall zu Fall zu treffen.

Dem Ministerium des Innern erscheint laut Antwortnote vom 18. Juli 1894, Z. 747, die Hinausgabe eines bezüglichen Reglements für den Postverkehr nach dem Muster der für den Eisenbahnverkehr geltenden Grundsätze sh. ä. Erlass vom März 1894, Z. 12095 (\*) mit Rücksicht darauf, als hinsichtlich der Behandlung von Wägen, in welchen Cholerakranke befördert wurden, über die Behandlung dieser Kranken, über die Desinfectionsmassregeln etc. bereits in der Cholera-Instruction\*\*) in den allgemeinen Choleravorschriften eingehende und dem anzustrebenden keine genügenden Anordnungen enthalten sind, nicht nothwendig, abgesehen davon, dass der Postverkehr nicht allenthalben in derselben einheitlichen Weise sich vollzieht, wie der Verkehr auf Eisenbahnen und daher die Erlassung allgemein gültiger aller Vorschriften unthunlich wäre.

Dagegen hat das k. k. Ministerium des Innern für geboten erachtet, die strictere Einhaltung der Choleravorschriften, insbesondere der Anzeigepflicht von choleraverdächtigen Erkrankungen den unterstehenden Postorganen neuerdings strengstens einzufordern und dieselben anzuweisen, dass sie in Cholerazeiten dem Gesundheitsamte der mit der Post reisenden Personen eine erhöhte Aufmerksamkeit zuwenden und im Falle einer wahrgenommenen Erkrankung oder des Verdachtes einer solchen Krankheit die betreffenden Gemeindevorstellung und der politischen Behörde behufs der

### 3. Krankenbeförderung mittelst Strassenbahnen.

Für den eigentlichen Transport von Kranken auf Strassenbahnen sind nur in Berlin einige Wagen vorgesehen, zu dem Zwecke, erkrankte Soldaten aus den Kasernen und zwar den südlich der Spree gelegen abzuholen und in das Garnisonlazareth in Tempelhof überzuführen. diesem Behufe sind die Strassenbahngleise in die betreffenden Kasernen abgezweigt, sodass die Wagen in den Kasernenhof einfahren können. Die Wagen haben im Innern Einrichtungen für die Aufnahme von Kranken, die Fenster sind mit Milchglasscheiben versehen, ein Sanitätssoldat begleitet den Transport. Die Einrichtung hat sich seit einer Reihe von Jahren gut bewährt. Im Uebrigen besteht sowohl in Berlin wie in anderen Grossstädten das Verbot, dass Personen mit ansteckenden oder leicht erregenden Krankheiten (wie Hautausschlägen) die Strassenbahn benutzen. Dieses Verbot wurde auch auf den meisten Congressen, wo die Krankenbeförderung im öffentlichen Verkehr erörtert wurde, als durchaus notwendig erachtet. Leider wird gerade dieses Verbot — in Berlin meistens — vielfach umgangen, wie man besonders um die Mittagszeit beobachten kann, wo die Mütter mit ihren kranken Kindern auf dem Strassenbahnwagen oder Schooß in die Polikliniken fahren. Oft ist Unkenntnis der Natur des Leidens des Kindes die Ursache. In vielen anderen Fällen wird die Strassenbahn benutzt, um die hohen Kosten für den Krankentransport und die auch dabei vorhandenen sonstigen Unbequemlichkeiten zu umgehen. In Berlin ist den Schaffnern untersagt, Fahrgäste mit ansteckenden Krankheiten in den Wagen aufzunehmen. Hierfür ist vor allen Dingen erforderlich, dass der Schaffner in der Lage ist, solche Krankheit zu erkennen, was natürlich nicht der Fall sein und füglich auch nicht von ihm verlangen kann. Beim Vorhandensein einer Epidemie wäre mit besonderer Strenge darauf zu achten, dass Strassenbahnwagen nicht für die Beförderung von Kranken benutzt würden. Wenn sich aber in einem Falle sicher ergeben, dass jemand an einer gerade in Frage kommenden ansteckenden Erkrankung gelitten hat, in einem Strassenbahnwagen gefahren, so müsste dieser Wagen ausgiebig desinficirt werden. Nach dieser Richtung würden also ähnliche Anforderungen für den Bau des Wagens, wie für den Bau der Eisenbahnwagen und auch entsprechende Bedingungen für die Desinfection und deren Durchführung in Frage kommen, natürlich unter Berücksichtigung der verschiedenen Verhältnisse, unter welchen die Beförderung von Fahrgästen der Eisen- und Strassenbahn stattfindet. Zur Verhütung der Verbreitung der Tuberkulose durch hustende Fahrgäste, welche natürlich nicht der Beförderung ausgeschlossen werden können, ist jetzt in den Wagen in den meisten Städten das Verbot auf den Fussboden auszuspucken, ausgesprochen. Die Anbringung von Speinäpfen im Strassenbahnwagen ist bis jetzt nicht durchzuführen lassen, da für diesen Verkehr an Gesichtspunkten maassgebend sind als in der Eisenbahn. In St. Louis und Nord-Amerika ist ein elektrisch betriebener Strassenbahnwagen für

ja der Gedanke nahe, die für den allgemeinen öffentlichen Verkehr  
en Bewegungsmittel auch für die Krankenwagen dienstbar zu machen.  
Ist hierfür die Absicht, die Benützung der Pferde zu ersparen  
Mittel bereit zu haben, welches möglichst unabhängig von den  
Unzuträglichkeiten ist, welche die Verwendung von Pferden mit  
ringt, — besonders Unterhaltung von Stallräumlichkeiten von  
selbst, von besonderem Personal u. s. w. — Aber es scheint,  
och eine geraume Zeit vergehen wird, bis geeignete Motoren  
se Zwecke vorhanden sein werden. Zunächst ist die erste An-  
ng von Motoren noch sehr kostspielig, ihre Unterhaltung ist  
lls mit grossen Ausgaben verbunden, und ferner ist bei den in  
kommenden Motoren — elektrischen und Benzin- — ein Versagen  
echt häufig beobachtet worden. Gerade dieser Punkt aber hat für  
ankentransport hohe Bedeutung. Soll von einem Ort zu einem  
ein Kranker mit grosser Schnelligkeit gebracht werden, um z. B.  
Tracheotomie unterzogen zu werden, und unterwegs versagt der  
oder an seinen Pneumatics entsteht eine Betriebsstörung, so kann  
Kranken ein unberechenbarer Schaden entstehen. Die elektrischen  
n haben vor den Benzinmotoren den Vorzug, dass sie weniger  
terungen bewirken, aber die Stösse sind auch bei ihnen noch  
edeutende, sodass vorläufig eine Aussicht auf ihre weitere Be-  
g zur Krankenförderung nicht vorhanden ist, bis fernere Ver-  
lie sehr erheblichen Erschütterungen und anderen Nachtheile der  
n nicht einigermaassen beseitigt haben.  
er Motor kann entweder an einem Krankenwagen direct angebracht  
, wie dies bei den jetzt vielfach benutzten Geschäftswagen der Fall  
er es kann auch ein Motordreirad mit einem Fahrer vor dem Wagen  
chmittel sich befinden. Im letzteren Falle sind die Kosten eigent-

## II. Besondere Maassnahmen für Krankentransport zu Wasser.

Die Beförderung von kranken Menschen auf dem Wasser findet wohl fast ausschliesslich auf Schiffen statt. Es ist auch hier, wie bei der Eisenbahn, zu unterscheiden zwischen — vorbereiteten — Transporten von Kranken auf Schiffen, welche eigentlich für diesen Zweck ausgerüstet sind, und solchen Transporten, wo eine auf einem Schiffe befindliche Person zufällig an einer Krankheit erkrankt, welche besondere Arten von Beförderung sowohl im Interesse des Kranken als der Umgebung erforderlich macht.

Kranke Menschen werden zu Wasser, d. h. auf Flüssen, wo keine starken Bewegungen des Schiffes stattfinden, in sehr schonender Weise befördert. Weniger schonend ist der Transport auf der See, wo er z. B. bei der Kriegsmarine oder auf einer Seefahrt bei Erkrankung einer Person unterwegs auch stattfinden muss, und die Schwankungen des Schiffes nicht immer angenehm für die Insassen sind. Natürlich kann die Beförderung mit allen Arten von Schiffen stattfinden, sei es dass sie mit Dampf, Segeln, Rudern oder auch den modernen Motoren fortbewegt werden. Für die Zwecke von vorbereiteten Transporten werden vorläufig die ersten Arten der Triebkräfte in Frage kommen, während bei unvorhergesehenen Fällen auch ein Motorboot, wenn solches zufällig bei der Hand, verwendet wird. Eine Bereitstellung von Schiffen in Städten für den Wassertransport von Kranken findet sich wohl nur an zwei Orten, Hamburg und London. Bei der Kriegsmarine sind eigene Schiffe für die Krankenförderung vorgesehen und — wie auch bei der Handelsmarine — in den einzelnen Schiffen eigene Abtheilungen zur Unterbringung von Kranken vorhanden. Auch für Landkriege wird die Vorwundetenbeförderung zu Wasser bei den Heeren verschiedener Länder in besonderen Schiffen vorbereitet, da der Krankentransport zu Wasser die von den Heereszügen erheblich in Anspruch genommenen Landstrassen entlastet.

Für die Beförderung von Kranken auf dem Wasser sind ausser den Schiffen noch besondere Transportgeräte erforderlich, und zwar wie auf dem Lande Tragen und ferner Hängematten, welche besonders sich für Schiffstransporte eignen, da in ihnen die Kranken gleichzeitig nach dem Transporte verbleiben können, indem die Hängematte als Lagerstätte dient. Die für die Kriegsmarine gebräuchlichen Tragmittel sind jetzt auf den Kriegsschiffen vorhandenen Räumen angepasst und sind in den einzelnen Ländern sehr verschiedene.

Gleich wie die Beförderung kranker Reisender auf Eisenbahnen ist auch die Beförderung von Reisenden auf Schiffen seit langen Zeiten Gegenstand der Aufmerksamkeit der Behörden gewesen und natürlich seit viel längerer Zeit, da ja Eisenbahnen erst um die Mitte des vorigen Jahrhunderts eingeführt worden sind. Seit der Dampf als Triebmittel für die Schiffsmaschinen eingeführt wurde, war es klar, dass in sehr kurzer Zeit Krankheiten durch Reisende von einem Lande ins andere



e kleinen Flussdampfer, welche in vielen Grossstädten, die am liegen, nach Art von Omnibussen eine grössere Zahl von Fahr- gleichzeitig befördern, sind mit von dem Verbot der Beförderung rsonen mit ansteckenden Krankheiten in öffentlichen Fuhrwerken n. In den kleinen Alsterdampfern in Hamburg ist auch das r die Strassenbahnwagen erwähnte Verbot, auf den Fussboden eien, angebracht.

Csatary meint, dass Schiffe, welche zur Beförderung von ge- Reisenden dienen, niemals sich für die Transportirung von ern eigenen, weil sie nicht für eine ausgiebige Desinfection und ir eine bequeme Lagerung von Schwerverletzten genügende Ein- gen und Gelegenheit bieten. Von dem Verbot, Personen mit and- den Krankheiten in Schiffen des öffentlichen Verkehrs zu befördern, ausnahmsweise Abstand genommen werden, sowohl vom rein lichen Standpunkt als auch aus anderen Gründen zwingender so z. B. wenn eine ansteckende Krankheit sich erst auf der Fahrt und der Reisende einige Zeit auf dem Schiffe bleiben muss. Diese Csatary angeführten Ausnahmen sind sehr wohl als solche zu ichtigen. Nur sind, wie schon oben bemerkt, nirgends eigene für den Transport von ansteckenden Kranken ausser in Hamburg ndon in Civilverhältnissen vorhanden.

r längere Reisen auf See müssen für den Fall, dass ein Reisen- einer ansteckenden Krankheit erkrankt, besondere Absperrungs- sichtsmaassregeln zu seiner weiteren Beförderung auf dem Schiffe n werden, theils damit er selbst genügend Bequemlichkeiten s damit auch die Mitreisenden nicht gefährdet werden. Da hiffen gesonderte Kajüten für einzelne Passagiere der I. und se vorhanden sind. ist für diese die Trennung einzelner Erkrankter

selben auch besonderer Werth zu legen, falls eine Beförderung Kranken in einer solchen stattgefunden. Eine Lagerung der Kranken neben dem Maschinenraum ist möglichst zu vermeiden.

Csatary-Budapest und Bambas-Athen hoben auf dem internationalen Hygienecongress zu Budapest 1884 hervor, dass internationale Vereinbarungen zwischen den einzelnen Staaten erforderlich wären um möglichst gleichmässige Behandlung aller dieser Fragen in den einzelnen Ländern zu bewirken, auch auf dem zweiten internationalen Congress Eisenbahn und Schiffshygiene in Brüssel 1897 wurden ähnliche Vorschläge gemacht. Meine eigenen Anträge, welche ich auf dem internationalen Congress für Rettungswesen und erste Hülfe in Paris 1900 stellte welche ich oben angegeben, wurden nach dem Vorschlage des Vorsitzenden einstimmig gutgeheissen, aber nicht in dem von mir geforderten Sinne weiter erledigt. Hoffentlich wird durch die auf dem Brüsseler Congress eingesetzte internationale Commission, zu welcher unter anderem von Deutschland Brähler gehört, eine Ordnung ausgearbeitet, welche den einzelnen Ländern angenommen wird, sodass die wichtige Frage der Beförderung kranker Reisender auf Schiffen — und Eisenbahnen einheitlichem Sinne gelöst oder wenigstens der Lösung näher gebracht werden kann.

Von den erwähnten eigenen Krankentransportschiffen ist in Hamburg im Hafen ein Dampfschiff mit einer Kajüte, welche zwei Abtheilungen enthält, deren eine zur Bergung von ansteckenden, die andere für ansteckende Kranke bestimmt ist. Das Boot dient dazu, Kranke von den im Hafen liegenden Schiffen aufzunehmen und ans Land zu bringen, wo dann ein Krankenwagen ihrer weiteren Beförderung wartet.

In London sind die Krankenschiffe für die Beförderung von Pockenkranken bestimmt, welche in London ausser im Smallpox-Hospital (zahlende Personen) in den Hospital Ships untergebracht werden. Diese unterstehen dem Metropolitan Asylums Board, sind also städtischen Anstalten unter gleichen Bedingungen, wie die anderen städtischen Krankenhäuser sonstige ansteckende Kranke, Pockenkranken auf und bevorzugen ihre Ueberführung in eigene Genesungsanstalten. Ich folge in der Beschreibung der Schiffe meiner 1898 erschienenen Schilderung und zum besseren Verständniss der gesamten Versorgung der Pockenkranken, welche hiermit eng zusammenhängt, eine Beschreibung der Hospital Ships aus jener Schrift bei:

„Zu diesen Schiffen, drei an der Zahl, werden die Kranken in eigenen Dampfbooten gebracht, die von drei bestimmten Werften an verschiedenen Stellen des Ufers der Themse abfahren. Zwei dieser Werften, welche nach ihrer geographischen Lage als South, North und West Wharfe bezeichnet sind, besitzen vollständige eigene Beobachtungsstationen zu welchen die Kranken in Krankenwagen befördert werden. Die Beförderung in welcher dies in directer Weise von aussen her geschieht, ist dieselbe wie vorher im Allgemeinen geschilderten<sup>1)</sup>. Befindet sich jedoch

1) Siehe meine erwähnte Schrift.

1 Kranker unter 16 Jahren von den Hospitalschiffen entlassen so benachrichtigt der Clerk des Board die Angehörigen, zu be- r Zeit an der Werft zu sein. Erscheinen dieselben nicht, so der Werftverwalter dies dem Hauptamte mit, sorgt aber, bestimmter Bescheid seitens des Clerk des Boards betreffs des anlangt, in erforderlicher Weise für dessen Aufenthalt. Der wird im Wagen zur Werft gebracht; die South Wharfe besitzt lie North Wharfe zwei, die West Wharfe keine Einzelbeobachtungs- Letztere wird nur zur Zeit von Epidemien in Betrieb gesetzt; nken bleiben hier im Wagen, bis sie vom Dampfer abgeholt

Die Beobachtungsstation der South Wharfe befindet sich in einer chbaracke, deren innere Räume mit polirtem Holz getäfelte Wände

Die einzelnen Zimmer enthalten ein Bett, Betttisch und anderes rliche und sind einfach und sauber gehalten. Die Kranken bleiben zur Feststellung der Diagnose in der Station. Zeigt sich, dass Pocken vorhanden, so wird der Kranke nach Hause geschafft. Ist

l aber als Pocken festgestellt, so kommt der Kranke auf den ordampfer und bleibt hier, bis dieser ihn zu den Hospitalschiffen

Der Dampfer fährt täglich einmal, oder, wenn erforderlich, zwei-, i Epidemien dreimal zu den Schiffen. Die einfache Fahrt dauert als zwei Stunden. Die South Wharfe enthält noch eine Caserne

Mannschaften und ein geräumiges Haus für die fünf für den stransportdienst bestimmten Nurses, welchen eine Oberin vorsteht. aus ist bequem für den Aufenthalt der Nurses ausgestattet. Ein

ger, mit Wellblech gedeckter, ganz in Eisenbau ausgeführter Gang on der Wharfe zu einem weit im Wasser erbauten Steg, an wel- ie Dampfer bequem anlegen können, sodass die Kranken direct schützt auf den Dampfer gebracht werden. Es sind fünf Dampfer

Von den Hospitalschiffen selbst, welche in der Nähe von Dartford (Kent) dicht am Ufer der Themse liegen, ist „Atlas“ und „Endymion“ 1881, „Castalia“ 1884 eröffnet worden. Das Schiff „Endymion“ dient als Wirtschaftsgebäude, die beiden andern zum Aufenthalt von 30 Kranken; ein Schiff für Frauen, das andere für Männer. Die drei Schiffe sind durch Gänge mit einander verbunden; der Gang vom Verwaltungsschiff zum männlichen Schiff ist mit Wellblech gedeckt, mit Oberlicht versehen, der andere Gang ist offen.

Der Endymion ist eine alte, von der Admiralität überlassene Fregatte von 253 Fuss Länge. Das Schiff hat ein Zwischen- und Unterdeck. oberhalb des ersteren sind die früheren Cabinen für die Servants mehr hergerichtet, einfach und sauber gehalten. Unter diesen befindet sich die Küche, welche mit Dampfkochapparaten, Wärmvorrichtungen und prächtigem Kupfergeschirr eingerichtet ist, ferner schöne Ess- und Aufenthaltsräume (Sitting rooms) für die Nurses, Verwalter und Aerzte. Im Unterdeck liegen die Schlafzimmer der Nurses und eines Theiles der weiblichen Dienerschaft.

Das Schiff für pockenranke Frauen, der „Atlas“, ist ein gleichfalls von der Admiralität überwiesener Dreidecker, 275 Fuss lang, 40 Fuss breit. Die Schiffsluken sind zu Fenstern erweitert, und in der Mitte des Schiffes ist ein breiter, grosser Verbindungsschacht durch alle Decks hergestellt, wodurch eine gute Lüftung bewerkstelligt wird. Das Zimmer für den Chefarzt befindet sich auf diesem Schiff. Es ist überall elektrische Beleuchtung vorhanden; die Heizung, besonders in den Krankensälen, geschieht durch Heisswasser, welches durch Röhren in die Säle geleitet wird. Der Dampf wird von diesem Schiff mittelst elastische Dampfröhre zu den anderen Schiffen geleitet. Die Röhren liegen in den Sälen unter der Decke. Beleuchtung und Lüftung ist in den drei Schiffen die gleiche; in der Castalia erfolgt die Heizung mit Dampf. Der Atlas hat drei unter einander liegende grosse Krankensäle zu je 60, 50 und 40 Betten. Unter dem tiefsten befindet sich die Capelle und der Maschinenraum, beide gemeinsam für die drei Schiffe, bereits unter dem Wasserspiegel liegend. Die Säle sind zwar etwas niedrig, jedoch geräumig und luftig, wenngleich eine Belegungszahl mit 60 und auch 40 Betten doch etwas zu hoch zu sein scheint. Uebrigens sind hier, wie auch in einzelnen anderen Hospitälern Londons über dem Kopfende der Betten himmelbettartige Gardinen befestigt, eine in Deutschland wohl nicht mit Unrecht streng vermiedene Einrichtung. Die Bettstellen sind einfach aus Eisen. Auf dem obersten Verdeck des Schiffes ist in der Mitte getheiltes Haus mit schräg nach beiden Seiten abfallendem Dach erbaut. Die eine Hälfte dieses Hauses ist für Zwecke der Verwaltung, Aufenthaltsräume u. s. w. bestimmt, in der anderen Hälfte befinden sich Krankenzimmer zur Aufnahme von Erkrankten des ärztlichen Pflege- und Dienstpersonals, des Staffs der Schiffe.

Jeder Krankensaal hat Wärmküche, deren Tische mit eisernen und Heisswasser zu erwärmenden Platten mit Vertiefungen versehen sind, in

reck wurde jedoch nicht erfüllt, und daher das Schiff nur andere benutzt. Es ist aus Eisen erbaut, 285 Fuss lang, über 60 Fuss Auf dem Oberdeck sind in schräger Stellung zur Axe des Schiffes dreistöckige Häuser errichtet. Die Grundflächen der beiden äusseren je  $50 \times 25$  Fuss, während die Ausdehnung der drei inneren 8 Fuss beträgt. An ihren Seiten verläuft eine Gallerie. Die Gehäusen in den zwei Stockwerken je zwei grosse Räume mit je Säulen, welche höher wie in dem älteren Schiff, sonst von der Einrichtung und Beschaffenheit sind. Auch Castalia enthält 150

Die gesammten Aussenwände der Hospital-Ships sind grau gemalt.

Am Ufer befindet sich Dampfwascherei, wo die gesammte Wäsche der Kranken und des Personals der Schiffe gewaschen wird; auch hier Schlafräume für das Dienstpersonal. In Fällen, wo die Schiffe voll sind, wohnt auch ein Theil des übrigen Personals am Ufer. Ferner sind hier Maschinen zur Erzeugung des elektrischen Stromes für die Beleuchtung der gesammten Schiffsanlage und ein Sectionshaus vorhanden.

Die Behandlung der Kranken ruht in den Händen eines Chef- und Assistenzarztes mit 20 Nurses; in Zeiten von Epidemien ist die Anzahl auf vier bis fünf Assistenten und 50 bis 60 Nurses verstärkt.

Ein neues Heim für Pockenranke wird demnächst auf Joyce Green in Dartford für 880 in gemeinsamen Sälen und 72 in Einzelräumen aufzunehmende Patienten errichtet werden.

Für Aufnahme für Genesende von Pocken dient das Gore Farm Hospital (1890), mit 1192 Betten, welches jedoch, wenn Pockengenesende vorhanden, für Reconvalescenten der anderen ansteckenden (Fever-) Krankheiten, besonders Scharlach, benutzt wird.

der Schiffe werden mit strömendem Dampf desinficirt. Die Kranke werden häufig gewaschen und nur desinficirt, wenn die Schiffe von beitem ausgebessert werden müssen. Die Desinfection der ausser Be gesetzten Schiffe erfolgt mit Schwefeldämpfen, die der Krankelsäle Sublimat.

Im Jahre 1895 kamen 1045 Kranke zu den Werften; von di wurden 905 direct und 21 nach Beobachtung zum Hospitalschiff b dert. Zwei starben in den Baracken, drei auf den Dampfern, einer w von den Baracken entlassen, so dass im Ganzen 932 Pockenranke 1 in den Werften aufgenommen waren; von den übrigen 113 wurde direct nach Hause entlassen, weil sie keine Pocken hatten, 69 1 Beobachtung fortgesendet: ein Kranker starb an Unterleibstypus“.

Das Verfahren des Flussschiffkrankentransportes hat sich auch früheren Feldzügen bewährt. Besonders ist diese Beförderungsart Amerikanischen Kriege 1865 angewendet worden. Ferner war auf internationalen Ausstellung für Gesundheitspflege und Rettungswesen 1 in Brüssel ein Krankentransportschiff ausgestellt, welches die Sch dische Gesellschaft vom Rothen Kreuz hergerichtet hatte, und wel ich in meiner Arbeit 1894 abgebildet. Seit mehreren Jahren h die Deutschen Vereine vom Rothen Kreuz auch auf den Krankentrans auf Schiffen ihr Augenmerk gerichtet und denselben auf ihren Uebu eifrig betrieben. So wurden in Bayern Uebungen mit Mainschiffen anstaltet, welche eine Länge von 18 Metern eine Breite vo Metern und eine Höhe von 80 cm besitzen. 24 Krankenbahnen fi in einem solchen Schiffe Platz, während noch ausreichender Raum Ess- und Waschtisch, Verbandkasten, Nachtstuhl bleibt. Die Ba werden in sieben Gestellen befestigt. Abbildung und Beschreibung d Gestelle findet sich in meiner erwähnten früheren Arbeit. Hier li die Tragen in zwei Reihen übereinder. Schwerkranke haben die o Reihe, leichter Erkrankte und Wärter die untere inne.

Bei der Hamburger Kolonne vom Rothen Kreuz, die unter Leitung von Dr. Soltsien steht, ist ein anderes Verfahren zur Befö rung Verwundeter in Schuten angegeben: „An der Längsseite Schiffes wird in der Höhe des anzubringenden Gestelles ein Brett a nagelt, und an dieser Latte eine Art Leiter mit zwei Sprossen befestigt. Der Leiter gegenüber wird ein Gestell in Sägebockform aufgerichtet, über beide Theile oben und unten ein Querholz mit zwei Knacken legt, durch die zur Befestigung ein Holzpflöck gesteckt wird. Nach stellung eines zweiten Geräthes können vier Tragen, zwei oben und unten untergebracht werden“. Auch bei vielen anderen Sanitätscolo wurden Uebungen in der Beförderung von Kranken auf Flussschiffen a halten, und 1896 stellte das Central-Comité des Preussischen Vereins Rothen Kreuz auf der Berliner Gewerbe-Ausstellung ein für den Tr port Schwerkranker oder Schwerverwundeter ausgerüstetes Fahrzeug. Dasselbe stellt einen Theil eines Schiffssanitätszuges dar, welcher 4 Fahrzeugen für solche Patienten besteht, welche nur liegend tr

medizinisch-chirurgischen und oconomischen Etats eingerichtet ist.

Zu beiden Seiten der Segelducht führen Treppen von der Bordwand in die Räume herab. Zur Abhaltung der von aussen herabströmenden kühlen Luft sind Thüren anzubringen.

Zur Belichtung der Räume sind Fenster, mit stellbaren Scheiben versehen, in die Bordwände eingeschnitten.

Zur Ventilation werden einzelne Belegbretter des Verdecks abgehoben. Regen oder grellem Sonnenlicht schützt ein übergespanntes Sonnensegel. Ein ähnliches Sonnensegel ist über dem Dach der Kajüte ausgelegt, theils zur Abhaltung der Sonnenhitze vom Innern, theils zum angenehmen Aufenthalt darunter für einzelne Kranke.

Die Kajüten zweier Fahrzeuge sind bestimmt für je zwei Krankenrinnen, Schwestern vom Rothen Kreuz, die der anderen für je einen Sanitätsarzt oder einen Rendanten.

Auf dem Dampfer . . . werden im vorderen Laderaum 20 bis 30 Leichtkranke, welche auf pritschenartigen Gestellen mit Strohmatten gelagert sind, untergebracht. Die Ventilation wird durch einen Ventilator bewirkt; ein übergespanntes Zeltdach hält die Sonnenhitze ab und dient zugleich, wenn es um die Treppenöffnung enger zusammengeklappt wird, zur Abhaltung des kälteren Luftzuges bei ungünstiger Witterung.

In der Kajüte des Dampfers befindet sich die Wohnung des Chefs. Der Laderaum vor der Kajüte wird durch Holzwände in zwei Abtheilungen geschieden, zwischen denen eine Treppe hinabführt. Der eine Theil dient zur Unterbringung der Waffen, Bekleidungs- und Ausrüstungsstücke der Kranken, als Kammer, der andere für zwei Oberärzte und den zu engagirenden Stromlootsen.

Der ganze Zug fasst, da die beiden Fahrzeuge für Leichtkranke je

Das Herausschaffen der Kranken erfolgt in entsprechender Weise, die hängenden Tragen zuerst.

Die Heranführung der Verwundeten aus den Lazarethen oder sonstigen Unterkunftsräumen wird wesentlich beschleunigt und erleichtert durch die Auflagerung der Tragbahnen mit ihren Tragestangen auf die hier aufgestellten Fahrgestelle, nach der daselbst angegebenen Beschreibung.

Die Fahrordnung des Zuges ist . . . für die Fahrt stromab und stromauf verschieden. Während die Fahrzeuge bei der Bergfahrt zu zweien verkoppelt geschleppt werden, folgen sie bei der Fahrt zu Thal so, dass der Dampfer je eines zu jeder Seite führt, während er die anderen vier, enge untereinander verkoppelt, in längerer Entfernung schleppt.

Bei etwaigem Festfahren des Dampfers wird diesem sofort das Signal zum Auswerfen der Heckanker gegeben. Bei günstigem Wind kann auch behufs des Segelns eine Theilung des Zuges in Sectionen erfolgen.

Die Verpflegung an Bord beschränkt sich auf Verabreichung kalter Küche und Zubereitung von warmen Erfrischungs- und Belebungsmitteln. Die Hauptspeisungen erfolgen auf den vielen längs des Stromes gelegenen Verpflegungsstationen, woselbst Damen des Vaterländischen Frauen-Vereins bereit sind, den Kranken die Speisen mit den erforderlichen Essgeschirren zu reichen“.

Der Transport von Kranken bei der Kriegsmarine wird ausführlich in dem betreffenden Capitel geschildert.

### III. Besondere Maassnahmen für Krankentransport im Gebirge.

Derselbe gestaltet sich wie bereits bei den Transportgeräthen dargestellt, in sehr verschiedener Art von der Beförderung auf ebenen Wegen. Man hat in einzelnen Gebirgen an besonders bekannten Stellen, in den Alpen in den Hütten, aber auch in minder hohen Gebirgen z. B. im Harz an einzelnen leicht sichtbar gemachten Stellen in Häusern Tragbahnen untergebracht und sich — im Hochgebirge — der für die Berge in Betracht kommenden Kraxen bedient, welche einen geeigneten Transport in den Bergen gestatten. Es wird hier hauptsächlich die Beförderung Verunglückter in Betracht kommen, jedoch auch Erkrankte werden, wenn auch viel seltener, befördert werden müssen. Gerade im Gebirge zeigt sich die Wichtigkeit des Krankentransportwesens, da ja hier bei Unglücksfällen hervorragend darauf ankommt, den Verunglückten so schnell als möglich weiterer endgültiger Versorgung zuzuführen. Ist diese Thätigkeit bei anderen Unfällen, wie wir bereits gesehen, die hauptsächlichste, so ist dies besonders in unwirthlichen Gebirgsgegenden der Fall, welche häufig genug Zeugen von Unfällen sind. Der Verunglückte fühlt gerade hier fern von der menschlichen Gesellschaft seine Hilflosigkeit in besonders hohem Maasse und sehnt sich, so schnell als möglich seine verletzten Gliedmaassen nach Hause zu bringen.



im Gebirge sich ereignenden Unfälle zusammengestellt und auch die Verunglückten beschrieben hat. Natürlich nimmt hier die Beförderung der Kranken einen Haupttheil ein. Aber selbst aus diesem lassen sich nicht alle Fälle, welche vorkommen können, ermessen, denn es bleibt den Begleitern eines Verunglückten immer überlassen, mit Besonnenheit und Geistesgegenwart vorzugehen, um die erforderlichen Massnahmen zu treffen und alles im Augenblick Nothwendige zu besorgen. Ausserdem hat Seydel und ferner Lieber diesbezügliche Erfahrungen von den Bayerischen Alpen zusammengestellt. Hervorzuheben ist, dass im Gebirge natürlich nicht immer die in den Clubhütten untersuchten Transportgeräthschaften erreicht werden können, sondern gerade hier die Improvisation ein dankbares Feld findet. Man hat daher jetzt auch begonnen, die Führer im Hochgebirge in der ersten Reihe auszubilden und besonders dabei die Krankentransportführung berücksichtigt. Ausserdem wird die Improvisation, welche da, wo jede Veranschaffung aufhört, grosse Schwierigkeiten darbietet, eingeübt und gezeigt, wie man mit relativ kleinen Mitteln auch auskommen muss, um selbst schwerverletzte fortzuschaffen. Das Weitere hierüber wird in dem besonderen Abschnitt über Improvisationen der Transportgeräte behandelt werden. Ausserdem sind in niedrigeren Gebirgen die Gasthöfe geeignete Orte zur Aufstellung der Beförderungsgeräthschaften, ferner können die Führer einzelne Theile von Tragen bei sich führen, dieselben nöthigenfalls zusammensetzen. Solche Tragen sind oben beschrieben und zwar die Tragschürze von Majewski, welche für solche Fälle noch einfacher gestaltet werden müsste, und ferner die Trage, deren Sitz nur aus Segeltuch besteht, und welche von zwei Menschen gehalten wird, dass die Riemen über die Schultern eines jeden Trägers verlaufen, welche den Sitz umgeben, sich noch mit je einem

#### IV. Besondere Maassnahmen für Krankentransport in Bergwer

Auch dieser erfordert nach der Eigenart des Ortes andere Maassnahmen und Geräthschaften als alle vorhergehenden Arten von Krankentransport. Vergewärtigt man sich den Ort selbst, so ist Weiteres deutlich, dass die Beförderung von plötzlich Erkrankten Verunglückten hier meistens mit grossen Schwierigkeiten verbunden da es sich ja in den meisten Fällen um eine Beförderung bei einem Grubenunglück handeln wird, wo ganz andere Hindernisse für Rettungswerk sich in den Weg stellen als auf der Erdoberfläche. Einzelunfällen und -erkrankungen gestaltet sich die Beförderung noch sehr schwierig, weil die Wege in den Bergwerken nur für Gesunde bestimmt sind. Die Wege sind feucht und glatt, feucht sind die Schächte oft so niedrig, dass ein Mensch nur ganz gebückt dieselben passiren kann. Für alle diese und noch andere Verhältnisse müssen die Transportmittel und -einrichtungen angepasst sein. Auf diesem Gebiete des Krankentransportwesens hat sich gegenwärtig ein Umschwung vollzogen, indem man auch in Deutschland vorzüglich in einzelnen Gruben das Rettungswesen in ganz hervorragender Weise geregelt hat, wobei die Fortschaffung der Verunglückten naturgemäss die Hauptrolle spielt, da selbst die Anlegung von Nothverbänden an Unfallstelle im Bergwerk auf sehr erhebliche Schwierigkeiten stösst. Hier ist nur das allernothwendigste, was direct für die Erhaltung des Lebens erforderlich erscheint, zu thun, und dann der Verunglückte den schnellsten Wege an die Erdoberfläche zu schaffen. Die Unfallstelle selbst ist nach einem Unglück, Explosion oder Grubenbrand, woher häufig für die Retter vorliegenden Gefahr nur schwer zu betreten.

Zur Fortschaffung von Verunglückten sind die eisernen Grubenwagen, die kleinen Fahrzeuge, welche in den Bergwerken auf Schienen fahren, der Verkehr der einzelnen Schächte unter einander und auch mit der Oberwelt vermitteln und früher für Krankentransport gebraucht wurden nicht sehr geeignet. Der Fahrkorb im Förderschacht enthält Schienen auf welche der Wagen hinauffahren kann, sodass eine Herausnahme von Verunglückten hierdurch wohl ermöglicht, für den Patienten aber nicht sehr zuträglich ist. Die in den Bergwerken in England u. s. w. gebräuchlichen Tragen, auf welchen ein Kranker in aufrechter Stellung befördert werden kann, was in Bergwerken auch oft geeignet und ziehungsweise sogar nur ausführbar ist, wenn die Förderräume eng sind, sind oben beschrieben worden. Ausserdem kommen aber auch andere Beförderungsmittel in Frage, welche sich in einzelnen Gruben finden. Ganz ausgezeichnet sind die Vorkehrungen auf der Zeche Shamrock bei Herne, welche durch die Bemühungen von Dr. G. A. Meyer dort eingeführt sind. Die schiffenartig gebauten Kisten sind bereits oben erwähnt. An ihnen ist neuerdings eine Verbesserung angebracht, indem der Längstheil der Trage winklig, wie zur Beförderung von Patienten mit Oberschenkelbrüchen, gestellt werden kann, was

für Verunglückte im Bergwerke bequemer ist. Das „Rettungsbrett“ gleichfalls zur Fortschaffung Verunglückter. Auf einem Brett wird Verletzter mit Riemen befestigt und mit einem am Kopfe angelegten Handgriff in wagerechter oder schräg liegender Haltung fortgerollt. Auch Meyer spricht die Forderung aus, dass der Verletzte im Allgemeinen grundsätzlich, wenn irgend möglich am Verunglückungsort auf die Trage gelegt wird und seine Lage beibehält, bis er weitere Behandlung in die Verbandstube über Tage gelangt.

Ausser in diesem Grubenrevier sind noch in anderen Bergwerken ähnliche Vorkehrungen für Errettung Verunglückter getroffen. So sollen die Vorkehrungen im Steinkohlenbergwerk „König“ bei Königshütte, Bergpolizei-Verordnungen des Oberbergamtes Breslau und Dortmund im Betracht kommen. In ersteren wird betont, dass auf jedem Bergwerk - oder fahrbare Einrichtungen zur Beförderung von Kranken vorhanden sind, während für den Dortmunder Bezirk auf je 100 in der Haupterschicht beschäftigte Personen mindestens eine Tragbahn und auf jeder selbstständigen Schachanlage mindestens ein Krankentransportwagen verlangt wird. Der Saarbrücker Knappschaftsverein hat für den Transport Verunglückter grosse vierrädrige von Pferden gezogene Krankentragen, ferner zweirädrige Fahrbahnen und Tragen. Der Transportwagen fasst 5 Personen, von welchen 3 in dem vorderen offenen Raum sitzen können. Dieser ist mit weit überstehendem Verdeck und mit einem Spritzleder versehen. Der hintere Raum ist geschlossen, an den Seiten sind zwei mit Vorhängen versehene Schiebefenster. Die Bewegung des Wagens geschieht durch zwei hintere Flügelthüren, durch welche zwei auf Bahnen gelagerte Kranke eingeschoben werden können. Die beiden Abtheilungen des Wagens sind durch ein von beiden Seiten sich öffnendes Fenster verbunden. Die Vertheilung der Transportgeräte ist so, dass je ein grosser Krankenwagen für jede Grubenabtheilung grösserem Betriebe vorhanden ist. Kleinere Abtheilungen sind mit Tragen ausgerüstet, welche auch ausserdem zur Reserve dienen. Tragen sind auf allen Gruben bereit. In Shamrock sind in jedem Grubenrevier an einer bestimmten Stelle neben anderen Rettungsgegenständen Tragen aufgestellt.

Ganz hervorragend ist auch das Rettungswesen im Karwiner Revier eingerichtet. Es sind dort, wie wir noch bei der Schilderung der Einrichtungen sehen werden, eigene Dienstanweisungen für Unglücksfälle aufgestellt, und hierbei eigene Beamte für den Transport der Verwunden bestellt. Besondere Massnahmen sind auch in Belgien vorhanden, zahlreiche Bergwerke sind. Daniel hat in einer Arbeit über Erste Hilfe bei Grubenunfällen ganz besonders das Krankenbeförderungswesen berücksichtigt und recht gute Abbildungen der verschiedenen Transportmittel, welche in Bergwerken in Anwendung gelangen, geliefert. Auch in Deutschland sind solche private Anweisungen vorhanden, z. B. von Greven, und in Oesterreich von Korbelius. Ersterer schreibt vor, einen Besessenen so schnell als möglich an das Tageslicht zu schaffen, und

dort mit ihm künstliche Athmung zu üben. Haldane hat hingewiesen, dass die frische Luft auf die Betäubten nachtheilig sein soll, sodass man nicht ohne Weiteres die Bewusstlosen in frische Luft bringen solle. Korbelius hat in seiner Arbeit einen Tragsessel beschrieben, welcher dem Stiegensessel von v. Mundy und Czerny ähnlich ist, welchen er besonders zum Gebrauch in Bergwerken empfiehlt, die Fahrschale gestellt werden kann und dann noch einigen Fuss auf Platz lässt. Wenn nun auch dieses Transportgeräth recht gute Dienste leisten wird, so kann ich doch die von ihm abgebildete Art der Beförderung von Kranken durch Menschen nicht gut heissen. Dort umfasst der eine Träger den Kranken von unten unter den Armen und faltet seine Hände über der Brust des kranken, während der zweite Träger die von hinten her in die Achseln erfassten Beine des Kranken hält und zwischen den Beinen hindurch geht. Eine solche Beförderung ist aus dem Grunde zu vermeiden, weil, wie ich dies auf S. 372 dargelegt, der hintere Träger den kranken im Korb des Kranken zusammendrückt und auch sonst in sehr unangenehme Weise hält. Einen Bewusstlosen aber auf diese Art noch mehr zu behindern, dürfte nicht empfehlenswerth sein.

#### **V. Besondere Maassnahmen für Krankentransport und Improvisationen.**

Zwar ist diese an verschiedenen Stellen der vorliegenden Schrift bereits angedeutet, aber noch nicht zusammenhängend dargestellt. Ich bemerke mit Recht, dass für Friedenszeiten improvisirte Transportmittel nicht gebraucht, sondern die erforderlichen Stimmittel mässig bereitgehalten werden sollen. Für grosse Städte sollen Improvisationen nur ganz ausnahmsweise vorkommen. In diesen Fällen müssen stets die betreffenden Dinge vorrätzig sein und nicht erst im Augenblick hergestellt werden, da hier zahlreiche Erkrankungen und Unglücksfälle sich ereignen, und zu viel Zeit durch besondere Verwendung von Transportgeräthen verstreichen würde. Ganz anders gestalten sich die Verhältnisse im Kriege, wo eine so grosse Zahl von Patienten vorhanden ist, dass unmöglich für alle in ausreichender Weise gesorgt werden kann. Es beschäftigt sich daher auch die freiwillige Krankenpflege für den Krieg hervorragend mit der Einübung der Improvisation der Geräthschaften, und auch die staatlich eingerichtete Kriegskrankenpflege berücksichtigt diese Verhältnisse in hohem Maasse.

Sehr wichtig ist die Improvisation für das flache Land. Ich beschreibe hier kurz geschilderte Art der Krankentransporteinrichtung auf dem Lande als Improvisation anzusehen, bei welcher ein nicht für die Zwecke des Krankentransportes gebauter Wagen durch Anbringung verschiedener Ausrüstungen für diesen Zweck hergestellt wird. Auch die Einrichtung eines Feldwagens mit Stroh oder Betten gehört hierher, und für diesen Zweck können sich verschiedene Arten von Improvisationen hier bewirken, \*

und Tragoanren improvisirt, wie die Beispiele des grossen Amerikanischen und der von den Engländern in Indien und Afrika geführten beweisen. In den Veröffentlichungen über diese sind die betreffenden Krankentransportmittel abgebildet.

Im Frieden sind die Improvisationen ganz besonders für Transporte Kranken in bestimmten Gegenden geeignet und zwar in hervorragender Weise im Gebirge, auf dem Lande, auf dem Wasser und bisweilen auch der Eisenbahn. Im Gebirge, wo Transporte von Verunglückten an Ort und Stelle stattfinden müssen, wo kein Strauch, Baum oder Wachsthum von dem welchen Pflanzen mehr vorkommt, ist die Kunst Geräthschaften herzustellen, um einen Menschen fortzuschaffen, natürlich ganz besonders der Bergsteigen auszuüben. Als Tragstangen für Tragen eignen sich vortrefflich Bergstöcke, deren man je einen in die Aermel einer Jacke oder in die Beine stecken kann. Sind noch Bäume vorhanden, so können aus diesen Aesten Tragen hergestellt werden, besonders wenn man Stöcke zur Hand hat. Auch Moos, Baumrinde lässt sich mit Bindfaden und Bergstöcken zu einer Trage verarbeiten, wie auch das Material eines Rucksackes sich zu einer solchen eignet. Bernhard-Samaden wie erwähnt, alle diese Verhältnisse in seinem Leitfaden berücksichtigt und durch vortreffliche Abbildungen veranschaulicht. Auch Dr. v. Innsbruck schildert in seiner den gleichen Gegenstand behandelnden Schrift die Improvisation der Krankentransportgeräte für das Gebirge sehr genau. Auf dem flachen Lande ist die Improvisation schon leichter, da hier als Tragen Thüren, Betten, Sophas, welche aus den Häusern herbeigebracht werden, benutzt werden können, ferner Stöcke, auf welche der Kranke gesetzt wird, während zwei Träger von beiden Enden den Stab erfassen, und der Patient mit den Armen den Rücken der Träger umgreift. Unendlich zahlreich sind die Herstellungs-

Auf dem Wasser müssen gleichfalls Transportgeräte improvisiert werden. In kleineren Schiffen, wo besonders Transportmittel nicht geführt werden können, müssen solche aus Rudern, Bootsstangen, Brettern und Segeln hergestellt werden; auch die Joppen der Insassen sind mit Ruderstangen als Tragen geeignet.

### C. Organisation des Krankentransportwesens.

Sie richtet sich nach den verschiedenen geographischen Verhältnissen der Oertlichkeit, wo der Transport stattfinden soll, das heisst in Städten, auf dem Lande, zu Wasser, im Gebirge oder in Bergwerken. Die Beförderungsvorkehrungen für Kranke an den drei letzten Oertlichkeiten sind, soweit erforderlich, geschildert. Die Organisation der Krankentransportbeförderung ist bei diesen nicht von den Massnahmen für das Rettungswesen zu trennen und wird bei diesem weiter zu besprechen sein.

Um die Organisation des Krankentransportes in den Städten auf dem Lande zu schildern, sollen zunächst die diesbezüglichen Richtungen in einzelnen

#### I. Grossstädten Deutschlands,

soweit sie erwähnenswerthe Verhältnisse bieten, an dieser Stelle erwähnt werden.

##### 1. Berlin.

In seinem Werke „Das Gesundheitswesen in Preussen nach deutschem Reichs- und preussischem Landesrecht“ sagt Pistor: „Krankentransport ist staatlich nicht geordnet; in einzelnen grösseren Städten bestehen Privateinrichtungen, mit welchen die Polizeibehörden entsprechende Abkommen getroffen haben. Das Berliner Krankentransportwesen dürfte ungeachtet seiner grossen Unvollkommenheiten in Preussen doch noch die beste Einrichtung auf diesem Gebiete sein. Dasselbe wird vom Königlichen Polizeipräsidium überwacht“.

Diese 1896 geschriebenen Worte sind heute nicht mehr ganz treffend, da seit jener Zeit in Berlin verschiedene Einrichtungen zur Verbesserung des Krankentransportwesens geschaffen worden sind. Allerdings sind auch diese Einrichtungen privater Natur. Die Krankentransportbeförderung liegt 3 Fuhrunternehmen unter polizeilicher Aufsicht ob. Sie haben die Desinfection der Krankenwagen ausführen zu lassen, in welchen Kranke mit ansteckenden Krankheiten, d. h. mit Cholera, Pocken, Typhus, Diphtherie, Ruhr, Scharlach, Masern, befördert wurden. Diese Wagen haben besondere Bezeichnungen, damit stets nur ansteckende Krankheiten transportiert werden. Jeder Fuhrherr hat 2 Wagen für Beförderung von ansteckenden Krankheiten, sodass für Berlin mit 1880000 Einwohnern sechs (!) solcher Wagen zur Verfügung stehen. Die Desinfection der Wagen geschieht in der städtischen Desinfectionsanstalt sofort nach Ausführung des Transportes. Die Benutzung von öffentlichen F

III. und II. Classe unterscheiden sich von einander, dass die III. Classe sehr einfache Transportwagen darstellen, während die der II. Classe im Ganzen besser ausgestattet sind, und auf dem Boden einiger ein Gestell aufgestellt ist, auf welches die Trage aufgelegt wird, um die Erschütterungen zu verhüten, was natürlich eine solche Einrichtung nur in beschränktem Maasse stattfinden kann. Eine Beförderung in einem kaleschenartig gebauten Wagen, von hinten her geöffnet und beladen wird, kostet 25 Mark. Kaleschenwagen sind bei den drei Geschäften von einander etwas verschieden gebaut. Die Trage steht an einer Seite im Wagen in Höhe des Brettes, während zwei Begleiter einander gegenüber sitzend an der anderen Seite Platz nehmen können. Während die Beförderung von anderen Kranken unter Ueberwachung seitens der Behörden nur durch die drei Fuhrgeschäfte stattfinden kann, ist jetzt in der Herbeischaffung solcher, welche für ansteckende Kranke bisher auf Verlangen durch das Polizeirevierbureau geschehen konnte, ein ganz ausserordentlicher Schritt zu verzeichnen, indem die Berliner Rettungsgesellschaft eigene Verbindungen mit den drei Krankentransportgeschäften hergestellthat, sodass es nur eines Anrufes bei der Centrale dieser Gesellschaft bedarf, um auf schnellstem Wege einen Wagen zu erhalten, bei welcher Bestellung angegeben wird, ob Beförderung eines ansteckenden Kranken oder eines solchen mit nicht ansteckender Krankheit oder mit Verletzung vorliegt. Ausserdem ertheilt die Centrale, welche mit allen Berliner Krankenhäusern durch eigene Fernsprechrähte verbunden ist, Auskunft, in welchen Krankenhäusern Betten zur Aufnahme vorhanden sind. Da jetzt auch Nachts Fernsprechsdiensit eingerichtet ist, so ist zu dieser Zeit die Beschaffung von Krankenwagen erleichtert, welche bisher in der Nacht durch die Polizeirevierbureaus erfolgte, welche

Anzahl von Brücken Bettungskähne vom Magistrat angebracht, w  
jährlich in einer Reihe von Fällen in Benutzung genommen we

Die Beförderung von Kranken auf der Eisenbahn geschieht  
Berlin auf Bestellung in dem beschriebenen Salonkrankenwagen.

Leider wird das Verbot der Benutzung öffentlichen Fuhrwerk  
Beförderung von ansteckenden Kranken in Berlin wie ja auch anders  
vielfach umgangen. Ich habe von den drei Städtischen Krankenhä  
eine Zusammenstellung angefertigt, um festzustellen, in welcher V  
die Kranken in die Krankenhäuser gelangen. Das Ergebniss habe  
bei Gelegenheit eines Vortrages im Verein für innere Medicin 1895  
geführt. Es zeigte sich nach einer Aufstellung von drei Jahren folgen

Es kamen ins Städtische Krankenhaus:

	a) Im Friedrichshain.					
	Kranke mit Infections- krankheiten <sup>1)</sup>			Kranke mit anderen inneren Krankheiten		
	1892	1893	1894	1892	1893	1894
Zu Fuss . . . . .	571	762	732	5230	5997	5550
In öffentlichen Fuhrwerken und zwar						
Droschken . . . . .	18	28	56	1387	1784	1631
In besonderen Krankenwagen . . . .	107	106	105	485	380	633
Mit anderen Transportmitteln . . . .	28	44	43	187	152	206
Summe . . . . .	724	940	936	7289	8313	8020

	a) Moabit.					
	Kranke mit Infections- krankheiten <sup>2)</sup>			Kranke mit anderen inneren Krankheiten <sup>3)</sup>		
	1892	1893	1894	1892	1893	1894
Zu Fuss . . . . .	479	457	672	3118	2766	4402
In öffentlichen Fuhrwerken . . . . .	27	38	37	615	747	698
In besonderen Krankenwagen . . . .	219	71	60	331	350	324
Mit anderen Transportmitteln . . . .	7	3	1	71	48	48
Summe . . . . .	732	569	770	4135	3911	5472

	c) Am Urban.					
	Kranke mit Infections- krankheiten			Kranke mit anderen inneren Krankheiten		
	1892	1893	1894	1892	1893	1894
In öffentlichen Fuhrwerken . . . . .	27	33	23	1306	1343	1272
In besonderen Krankenwagen . . . .	73	120	122	443	666	563
Mit anderen Transportmitteln . . . .	52	17	25	128	145	121
Summe . . . . .	152	170	170	1877	2154	1956

<sup>1)</sup> d. h. Cholera, Pocken, Unterleibs- und Flecktyphus, Masern, Scharlach, I  
therie, Wochenbettfieber, Hirnhautentzündung, Rose, Keuchhusten. <sup>2)</sup> Ausser den  
genannten noch Lues, Influenza. <sup>3)</sup> Ferner Geisteskrankheiten.



## I.

Jahre	Städtische Krankenhäuser								
	Moabit			Urban			Friedrichshain		
	öff. F. <sup>1)</sup>	bes. T.-M. <sup>2)</sup>	Summe	öff. F.	bes. T.-M.	Summe	öff. F.	bes. T.-M.	Summe
1892	642	628	5235	1333	823	6444	1405	1001	9027
1893	785	472	6293	1376	1051	7181	1812	857	10289
1894	735	433	6899	1295	928	6816	1687	1174	9962
Summe	2162 12 $\frac{1}{2}$ %	1533 8%	18427	4004 20%	2802 14%	20441	4904 17%	3032 10%	29278

In allen drei Krankenhäusern wurden aufgenommen:

Summe 68146 Patienten; von diesen waren befördert in

öff. F. 11070 = 16 % der Aufgenommenen, in

bes. T.-M. 7367 = 11 % der Aufgenommenen.

## II.

Jahre	Städtische Krankenhäuser								
	Moabit			Urban			Friedrichshain		
	öff. F.	bes. T.-M.	Summe	öff. F.	bes. T.-M.	Summe	öff. F.	bes. T.-M.	Summe
1892	741	665	5235	1612	950	6444	1721	1195	9027
1893	902	525	6293	1561	1154	7181	2167	1032	10289
1894	850	478	6899	1501	1025	6816	1361	2066	9962
Summe	2493 13.5%	1668 9%	18427	4674 22%	3129 15%	20441	5954 20%	3588 12%	29278

In allen drei Krankenhäusern wurden aufgenommen:

Summe 68146 Patienten; von diesen waren befördert in:

öff. F. 13121 = 19 % der Aufgenommenen, in

bes. T.-M. 8385 = 12 % der Aufgenommenen.

Hieraus ergab sich, dass weit über die Hälfte der gesamten Kranken zu Fuss in die drei Krankenhäuser kamen. 287 ansteckende Kranke dienten sich gewöhnlicher Fuhrwerke, meistens Droschken, d. h. durchschnittlich für jedes Krankenhaus für das Jahr 32, eine Zahl, welche aber viel grösser wird, wenn hierzu noch jene Fälle von inneren Erkrankungen gezählt werden, welche sich später als ansteckende ausstellten. Und noch grösser wird die Zahl ungeeigneter Transporten, wenn man die Patienten mit chirurgischen Krankheiten hinzunimmt, welche in ungeeigneten Transportmitteln in die Krankenhäuser kamen.

In öffentlichen Fuhrwerken kamen 16 pCt., mit besonderen Transportmitteln 11 pCt. der Aufgenommenen in die drei städtischen Krankenhäuser, soweit es sich um innere und ansteckende Kranke handelt. Zieht man die Zahlen der Verletzten hinzu, welche häufig in besonderer Weise zu befördern sind, so erhöhen sich genannte Zahlen auf 19 bzw. 12 pCt.

1) und 2) s. Anmerkung S. 450.

Durchschnittlich wurden in den drei städtischen Krankenhäusern j rund 22000 Kranke aufgenommen, d. h. etwas mehr als der dritt der überhaupt in allen öffentlichen Krankenhäusern zur Aufnahme langten Kranken. Berechnet man also jene 11 pCt. der Aufgenommenen, welche jetzt in besonderen Transportmitteln in die städtischen Krankenhäuser kamen, auf die Summe der Kranken in allen Hospitalen Berlins, so ergibt sich, dass rund jährlich 6750 Menschen (mit lichen Erkrankungen) in Berlin nach den damaligen Zahlen besondere Transportmittel bedurften, eine Zahl, deren Verhältniss zur Zahl der aufgenommenen sich wohl auch jetzt nicht geändert haben dürfte. Auch jetzt noch eine sehr grosse Zahl von Infectionskranken in den vorgeschriebenen Krankenwagen befördert wird, erhellt auch aus Umstände, dass im Jahre 1899 nur 691 mal Desinfectionen von Krankenwagen erfolgten, während rund 4400 Fälle von ansteckenden Erkrankungen sich ereigneten, von welchen sicher erheblich mehr als 691 in die Krankenhäuser gelangten. Allein der Durchschnitt von 3 Jahren von nur 3 Krankenhäusern Berlins ergibt schon eine jährliche Aufnahme von 1688 ansteckenden Kranken.

Ich glaube, wohl der erste gewesen zu sein, welcher nachlässigem Material eine Zusammenstellung wie oben angefertigt und nach die erwähnte Berechnung gemacht hat. Rubner betont in Vortrage am 5. Mai 1894 im Preussischen Abgeordnetenhaus die Wichtigkeit zweckmässiger Transporteinrichtungen für Kranke, aber nur 5—6 pCt. aller Kranken als diejenige Zahl an, welche besonderen Transportes bedarf.

In Anlehnung an meine Arbeiten und besonders an obige vorliegende Zusammenstellung hat in jüngster Zeit Max Hirsch in Dissertation: „Ueber den Transport von ansteckenden Kranken in Berlin“ ebenfalls die Wichtigkeit des Krankentransportes hervorgehoben erwähnt, dass die geringe Inanspruchnahme der Krankenwagen für ansteckende Kranke, welche sich bei der von mir seiner Zeit veranstalteten Umfrage gezeigt, durch die Kosten für die Wagen bedingt sei, wofür selbst dies an zahlreichen Stellen ausgeführt. Es hatten nämlich für diejenigen ansteckenden Krankheiten, von welchen besonders Kinder betroffen werden, geringe Zahlen für die Beförderung in Krankenwagen während diejenigen ansteckenden Leiden, von welchen vorwiegend Erwachsene betroffen werden, eine verhältnissmässig grössere Zahl von Transporten in Krankenwagen aufweisen. Bei weiterer Zusammenstellung meiner Zahlen von Kranken mit Typhus, Rose, Kindbettfieber, Grippe fand er, dass von den mit diesen Krankheiten Aufgenommenen 61, bzw. 22, 73 und 34 pCt. in besonderen Krankenwagen in die Krankenhäuser kamen. Die höchsten Zahlen von diesen vier Krankheiten, aber ferner, worauf ich noch Werth legen möchte, Kranke mit solchen ansteckenden Leiden, deren polizeiliche Meldung vorgeschrieben ist, nämlich Typhus und Wochenbettfieber. Wahrscheinlich waren auch diese Kranken vor ihrer Aufnahme ins Krankenhaus schwerer erkrankt.

nung des § 50 des Regiments sind die Aerzte zur Meldung von n, Scharlach, Rötheln verpflichtet, „wenn besonders bösartige und ders zahlreiche Fälle ihnen vorkommen“. Während früher die karten für ansteckende Krankheiten nur die Worte: „Masern“, rlach“ enthielten, ist dies auf den neueren in „bösartige Masern“ bösartiger Scharlach“ umgeändert. Solche Fälle bilden glücklicher die Minderheit, und ferner ist durch diesen Wortlaut dem Er- n des Arztes zur Meldung ein weiterer Spielraum gelassen. beiden Gründen ist wohl anzunehmen, dass jetzt weniger Fälle dieser nkungen im Verhältniss zur wirklich vorkommenden Zahl gemeldet n. Da also, wenn eine Meldung der Krankheit nicht vorangegangen ne Controlle der Polizei überhaupt unmöglich ist, werden in diesen , wo die Angehörigen meistens selbst die Kosten für die Beför- z aufzubringen haben, die Kinder nicht, wie es Vorschrift ist, im enwagen in die Krankenhäuser gebracht. Die Erwachsenen, welche enhäuser aufsuchen, gehören meistens denjenigen Kreisen der Be- ung an, für welche Krankenkassen, Armenverbände oder andere rschaften die Kosten für die Verpflegung zu tragen haben, sodass uch bei denjenigen Leiden, wo eine Controlle durch die Meldung ch ist, die vorgeschriebenen Krankenwagen häufiger benutzt werden. ehen von der Höhe der Kosten kommt noch in Berlin das wenig chende Aeussere der Krankenwagen als Grund hinzu, dass man Benutzung derselben möglichst zu entgehen sucht. Bei einer von ch selbst in einigen Krankenhäusern vorgenommenen Umfrage ergab weiter, dass von 78 zur Zeit anwesenden ansteckenden Kranken t. in Krankenwagen in die Krankenhäuser gekommen waren. Die der Masern- und Scharlachkranken war hierbei ziemlich gross ch 55 und 53 pCt. Für die meisten dieser Kranken hatten aber

kenhäusern geradezu verantwortlich. Wenn er die Zeit der Kris als eine Gegenanzeige für die Beförderung dieser Kranken hinstell kann ich ihm hierin nach meinen Eingangs gemachten Erwägungen beipflichten, wohl aber andererseits meiner Befriedigung Ausdruck g dass auch er der Beförderung von Kranken einen Einfluss für e weiteres Verhalten beimisst.

In den Verwaltungsberichten der städtischen Krankenhäuser seit meiner Umfrage stets jetzt auch die Transportarten angeg durch welche die Kranken in die Krankenhäuser gelangen. Stadthaushalt von Berlin für 1901/1902 ist das Krankentransportw bedeutend höher als früher bedacht, indem beim Armenwesen hi 45000 Mark ausgeworfen sind, gleichfalls ein Beweis der Anerken der städtischen Behörden für die Nothwendigkeit sachgemässer Kran beförderung.

Die von mir zu Ende jenes Vortrages gegebenen Schlusssätze den im Verein für innere Medicin ohne Debatte angenommen, wäh der Vortrag selbst eine recht lebhafte Erörterung hervorrief. Die S lauteten:

1. Das Krankentransportwesen einer Grossstadt ist behördlicher einzurichten und zu verwalten.

2. Die Krankentransportwagen sind am besten in den grös Krankenhäusern und Feuerwachen unterzubringen.

3. Die Bestellung der Krankentransportwagen erfolgt direct deren Unterkunftsplätzen, durch Vermittelung der Rettungswachen der Polizeiwachen.

4. Bei der Bestellung der Krankentransportwagen sind den stellern sogleich Nachrichten über die in dem gewünschten Krankenl verfügbaren Plätze zu geben.

5. Die Beförderung von ansteckenden und solchen innerlich kranken, welche nicht gehen können, in dem öffentlichen Verkehr die den Fuhrwerken ist zu verbieten.

6. Die Krankentransportwagen werden nach jeder Benutzung Krankenhause, zu welchem sie fahren oder gehören, gereinigt bezw. inficirt.

7. Die den Krankentransport ausführenden Träger haben nach j Transport ihre Kleider zu reinigen bezw. zu desinficiren.

8. Die Ausführung eines Krankentransportes darf niemals von Bezahlung abhängig gemacht werden.

Ich hebe besonders hervor, dass ich diese Forderungen aufge habe, ohne damals die in London vorhandenen Einrichtungen aus eig Anschauung zu kennen, welche eigentlich die meisten Punkte erfü welche ich an ein gut geregeltes Krankentransportwesen stelle. werde dieselben am Schlusse dieser Auseinandersetzungen noch w darzulegen haben, nachdem ich noch vorher die in anderen G städten vorgesehenen Einrichtungen kurz geschildert.

Bereits ein Jahr vorher, am 6. März 1894, hatte ich im A

3. Der Krankentransport erfolgt kostenlos.

4. Die Stationen für die Krankentransportwagen sind zu vermehren, es im Anschluss an die im Sinne der Vorschläge des Aerzte-Vereins West-Berlin im Jahre 1890 abgeänderten Sanitätswachen, sei es im Anschluss an die Feuerwachen, sei es — wohl am zweckmässigsten — Anschluss an die bestehenden Krankenhäuser. Im letzteren Fall ist dem Krankenhause eine dem Verhältniss der Bettenzahl entsprechende Zahl von Krankentransportwagen bereit zu halten.

5. Jeder zu einem Transport benutzte Krankenwagen ist zu reinigen zu desinficiren.

6. Droschken etc. sind nur zum Transport leicht chirurgisch Erkrankter zu benutzen.

Der Transport von Geisteskranken, die auf polizeilichem Wege den städtischen Irrenanstalten zugeführt werden sollen, geschieht in eigenen Krankenwagen, welche mit zwei Krankenwärtern von der Anstalt zur Beförderung entsendet werden.

## **2. Bremen.**

Die Beförderung der Kranken ist so eingerichtet, dass Verunglückte Kranke mit einer nicht ansteckenden Krankheit mit den Krankenwagen der Feuerwehr befördert werden, welche seit 1887 das Rettungswesen organisirt hat.

Sie verfügt über 4 grosse Krankenwagen nach Angabe des Brand-Inspectors Dittmann (in den 4 Feuerwachen). Ausserdem ist vorhanden 1 Leichenbahn, 14 Tragbahnen, 1 Tragstuhl, 6 Treppenstühle, 5 Tragelassen und 8 Vorrichtungen, um Landauer Wagen — zweispännige Droschken — schnell zur Beförderung schwer Verletzter einzurichten.

Sechs äussere Feuerwachen haben je 2 Krankentragen, die Hauptwa-  
 Im Städtischen Krankenhaus (Allerheiligen-Hospital) sind 6 bes-  
 Krankenwagen mit Pferden und Räderbahnen. Die Art der I-  
 holung dieser Transportmittel für Verunglückte ist beim Rettungs-  
 zu schildern. Ende 1899 wurde in Breslau eine Unfallstation er-  
 welche einen eigenen Krankenwagen, eine gewöhnliche Tragbahn-  
 zusammenlegbare Sesseltragbahn und ein mit zwei Verbandtasche-  
 sehenes Fahrrad besitzt. Das freiwillige Sanitätskorps des Feuer-  
 tungs-Vereins verfügt gleichfalls über Krankentransportmittel, ferner  
 die vorhandenen Meldestellen der Genossenschaft freiwilliger Kr-  
 pflege im Kriege.

Bei Anordnung von Wagentransporten ist das  
nicht Zutreffende zu durchstreichen.

1. Name: .....
2. Alter: .....
3. Wohnung: .....

I.	leidet nicht an einer ansteckenden Krankheit, kann mit gewöhnlichen Fuhrwerken oder Kran- wagen der Feuerwehr transportirt werden.
II.	leidet an einer ansteckenden Krankheit, muss mittels Krankenwagen des Arbeitshause portirt werden.

....., den..... 18.....  
 Behandelnder Arzt: .....

#### 4. Dresden.

Die Stadt besitzt vier Krankenwagen, sogenannte Kran-  
 droschken, für Personen mit ansteckenden Krankheiten, 3 Kranken-  
 Unfallwagen, für Verunglückte oder solche Personen, welche I-  
 transportirt werden müssen, und 16 grosse Tragen mit festem I-  
 und Verdeck, (eine davon fahrbar), für solche Personen, welcher  
 ärztlichem Gutachten ein Transport im Wagen nicht zuträglich  
 Diese Tragen werden auch bei grösseren Unglücksfällen, wo die  
 nicht ausreichen, ferner zu Zeiten, wo die Wagen ausgerückt sin-  
 nutzt. 18 kleine zusammenklappbare Tragen dienen dazu, solche K-  
 welche in der Nähe eines Krankenhauses oder einer chirurgischen  
 stelle verunglückt sind, schnell in ärztliche Behandlung zu bringe-  
 nur für kurze Strecken. Personen, welche an Diphtherie, Scha-  
 Ruhr, Typhus, Pocken, Cholera, Lepra leiden, dürfen innerhalb Dr-  
 nur mit den Krankendroschken oder mittels der grossen Tragen  
 dert werden. In öffentlichen Fuhrwerken und überhaupt allen  
 lediglich den dem Privatgebrauch des Besitzers und seiner Angeh-

Desinfection des Wagens in einem Krankenhause erfolgt. Zur Ber-  
rung von Personen, die auf öffentlicher Strasse verunglückt oder er-  
kt — mit Ausnahme von ansteckender Krankheit — sind, ist je  
nfallwagen mit Bespannung im Hauptfeuerwehrhof Altstadt und  
adt und einer in Reserve im städtischen Marstall aufgestellt. Diese  
en sind zum sofortigen Ausrücken fertig und fahren so schnell wie  
Feuerwehr zu einem Brande. In jeder Wohlfahrtspolizeibezirks-  
e und der Schlachthofwache ist je eine grosse und eine kleine  
e, in der Rathhauswache und in den chirurgischen Hilfsstellen je  
kleine Trage. Die Herbeiholung aller dieser Transportmittel besorgt  
Wohlfahrtspolizei. Als Träger der Tragen dienen die Rathschaisen-  
er, welche bei Tag und Nacht Wache haben. Jeder Polizeibezirk hat  
erdm für den Nothfall zwei Träger zur Verfügung.

#### **5. Frankfurt am Main.**

Der Transport von Verunglückten ist hier hauptsächlich durch private  
ellschaften organisirt: die freiwillige Rettungsgesellschaft, den Frank-  
er Samariterverein und die freiwillige Feuerwehr, deren Einrichtungen  
nächsten Artikel noch besprochen werden.

#### **6. Hamburg**

Diejenige Deutsche Stadt, welche wohl am frühesten ein behördliches  
nkentransportwesen gehabt hat. Hier war auch die erste Deutsche  
ungsgesellschaft eingerichtet. Die Transportgeräthschaften dieser sind  
its beschrieben. Die jetzt gültigen Bestimmungen für die Be-  
erung der Kranken besonders mit ansteckenden Krankheiten sind vor-

zur Verhütung der Erschütterungen, so hat man die Riemen wieder und setzt die Tragen ohne weitere Vorkehrung in den Wagen eine Seitenwand nach oben und unten aufgeklappt wird.

Im Inneren des Wagens können neben dem Kranken noch 2 Personen sitzen, welche auf der geschlossenen Seite durch eine gewogene Wagenthür einsteigen. In einem verschliessbaren Raum wird eine Flasche Cognac mit Trinkglas, eine Flasche Carbolwasser mit Napf, eine Flasche Kampferöl mit Spritze, Verbandwatte, Binden und ein Schwamm geführt.

Die Wagen werden zur möglichst schnellen Beförderung der Kranken stets zweispännig gefahren. Sie können nicht nur bei der Central- und Stadthaus, sondern auch bei allen Polizeiwachen der Stadt, welche mit Feuerelegraphen angeschlossen sind, bestellt werden. Für ganz besondere Fälle sind auf allen Wachen Räderbahnen eingestellt, welche von der Mannschaft bedient werden und schnell ausfahren können. Sie werden besonders zur Beförderung in nahe gelegene Krankenanstalten oder nächstgelegene Wachtlocal benutzt. Auf dem südlichen Elbufer haben die Wachen zum Theil noch Krankenkörbe, welche in der nordwestlichen Gegend unseres Vaterlandes überhaupt noch recht viel im Gebrauch sind. Auf der Centralstelle ist Tag und Nacht die aus 12 Mann bestehende uniformirte Sanitätscolonne, bezahlte im Krankentransportdienst bildete Leute, anwesend, um bestellte Krankentransporte sofort auszuführen. Die Ausführung von Transporten wird niemals von der Beförderung abhängig gemacht, sondern es werden die Kosten für einen Transport von der Polizeibehörde eingezogen, jedoch bei Unbemittelten vom Staat getragen. Zur Beförderung von Pockenkranken war auch früher in Hamburg eine Droschke vorhanden, welche „nach jedesmaligem Gebrauch gut es anging“ desinficirt wurde. Diese Droschke wurde streng geheim gehalten und stand nur zur Verfügung der Polizeibehörde. Am 1. Juli 1884 wurden zwei eiserne Wagen erbaut, welche im Falle einer Pestepidemie benutzt werden sollten. Am 7. Mai 1890 wurde eine Verordnungsverfügung betreffend die Beförderung von Personen, welche mit ansteckender Krankheit behaftet sind, erlassen, in welcher die Beförderung von öffentlichem Fuhrwerk zur Beförderung von an Pest, Cholera, Typhus exanthematicus, Blattern, Scharlach, Diphtherie und anderen Personen verboten wurde. Vorübergehend kann dieses Verbot noch auf andere ansteckende Krankheiten, wie Masern, Keuchhusten, Unterleibstypus, ausgedehnt werden. Die Aerzte, welche eine Beförderung anordnen, haben hierüber eine Bescheinigung mit einem Vermerk auszustellen, ob eine ansteckende Erkrankung vorliegt oder nicht. Öffentliches Fuhrwerk, welches zur Beförderung ansteckender Krankheiten gedient hat, ist zu desinficiren.

Am 1. Juli 1890 trat diese Verfügung in Kraft, nachdem man bereits zuerst beschafften 2 Krankenwagen noch 4 weitere angekauft waren, deren Bau vollkommen dem der anderen gleich, nur waren diese mit einem Ueberzug von Eisenblech versehen. Diese Wagen



**merkung:** Die Benutzung öffentlichen Fuhrwerks bei folgenden Krankheiten verboten: Pest, Fleckfieber (Typhus exanthematicus), Blattern, Scharlach und Diphtheritis).

Beförderung von Personen, welche an diesen Krankheiten leiden, sind in den nachstehenden Depots:

1. J. A. Schlüter Söhne:
1. h. d. Petrikirche 2,
2. ABC-Gasse Platz 34,
3. St. Georg, a. d. Koppel 63—64.
4. Harvesthude, Mittelweg hinter 171.

Jedem Krankenwagen aufgestellt, welche nach jeder Benutzung desinficirt werden. Diese Krankenwagen können nicht allein in den genannten Depots, sondern auch in allen Polizeiwachen, die an den Hambrüchen Feuer-Telegraphen angeschlossen sind, benutzt werden. — Ausser dem Wagenführer wird in der Regel eine Begleitmannschaft nicht mitgegeben. — Nur der Kranke ausnahmsweise liegend befördert werden, und Krankenträger erforderlich, welche mit Beförderung des Wagens, nebst Zubehör vertraut. In diesem Falle ist bei Bestellung des Wagens die nöthige Angabe zu machen, worauf das Krankentransportmittel mit erscheint.

Die Kosten der Bepannung und Bedienung werden von der Polizeikasse eingezogen.

**Anmerkung:** Die Benutzung öffentlichen Fuhrwerks ist nur bei folgenden Krankheiten verboten:

Pest, Cholera, Fleckfieber (Typhus exanthematicus), Blattern, Scharlach und Diphtheritis.

#### A. (weisses Papier.)

Inhaber ... des Mitgliedsbuches No. .... der ..... Hamburg, den  
 wohnhaft .....  
 bedarf wegen .....  
 der Aufnahme in d .....  
 der Aufnahme in d .....

Die Benutzung öffentlichen Fuhrwerks (Droschen, Pferdebahnen, Omnibus) zur Beförderung de... Kranken nach der Verordnung vom 7. Mai 1890 gestattet.

Unterschrift.

Für die vorliegende Krankheit gewährt die freie Verpflegung im Krankenhaus eventl. bis

Hamburg, den

189...

#### B. (rothes Papier.)

Inhaber ... des Mitgliedsbuches No. .... der ..... Hamburg, den  
 wohnhaft .....  
 bedarf wegen .....  
 der Aufnahme in d .....  
 der Aufnahme in d .....

Öffentliches Fuhrwerk (Droschen, Pferdebahnen, Omnibus) darf zur Beförderung d Kranken nach der Verordnung vom 7. Mai 1890 nicht benutzt werden, da es sich um eine ansteckende Krankheit handelt.

Unterschrift.

Für die vorliegende Krankheit gewährt die freie Verpflegung im Krankenhaus eventl. bis

Hamburg, den

189...

in den 4 Depots eines Fuhrgeschäftes eingestellt und werden nach je Benutzung desinficirt. Sie können von den Anstalten des Fuhrgeschäfts sowie von den an den Feuertelegraphen angeschlossenen Polizeiwachen bestellt werden. Begleitung wird nur auf besonderen vorher anzugebenden Wunsch, wenn der Kranke liegend befördert werden muss, mitgesendet. Die Aerzte haben für jeden Transport eines Kranken eine Bescheinigung auszustellen, welche für ansteckende Kranke auf roth und für andere auf weissem Papier gedruckt ist. Hiernach ist sogleich dem Kutscher eines öffentlichen Fuhrwerkes deutlich, ob er den Kranken in seinem Wagen aufnehmen darf, da an alle Besitzer von öffentlichen Fuhrwerken und Anstalten die betreffende Verordnung mit Strafandrohung für Uebertretung mitgetheilt wurde. Jeder Arzt erhielt ein bezügliches Rundschreiben, ferner die Polizeiverordnung, sowie Anmeldeformulare, welche gleichzeitig als Aufnahmescheine gelten. Allen sich später niederlassenden Aerzten werden die Drucksachen zugestellt. Den Wortlaut der Scheine siehe vorstehende Seite.

Zu bemerken ist, dass jetzt auch in dringenden Fällen, wenn ein rothes Formular nicht zur Hand ist, ein weisser Schein benutzt werden darf, welcher durch einen in der rechten Ecke angebrachten, stark unterstrichenen Vermerk „Öffentliches Fuhrwerk ausgeschlossen“ kenntlich zu machen ist.

Aus Anlass der Choleraepidemie 1892 sind zur Beförderung von Personen mit ansteckenden Krankheiten 25 Wagen beschafft worden, gewöhnliche Landauer, deren Holzkasten innen mit Blech ausgeschlagen ist, in welchen vier sitzende Personen befördert werden können. Ferner ist eine Vorrichtung vorhanden, welche gestattet, dass auch ein Kranker liegend fahren kann.

Für die kalte Jahreszeit sind für sämtliche Krankenwagen Wärmanrichtungen vorgesehen.

Zum Transport Verunglückter bei Massenunfällen ist ein nach dem Muster der Wiener Rettungswagen erbautes Fuhrwerk vorhanden, welches 4 hängende Tragbahnen für liegende Kranke enthält, welche auch durch Bänke für 10 sitzende Personen ersetzt werden können. In einer Anzahl der Polizeiamter stehen Räderbahnen (Neuss) bereit. Das Postamt im Zimmer der Polizei, wo die Sanitätskolonne Dienst hat, hat eigene Fernsprechanlage mit dem Hauptdepot des Fuhrgeschäftes, welches die Bespannung der Wagen besorgt. Diesem gegenüber befindet sich ein Stall mit 17 angeschirrten Pferden, sodass jeder Transport schnell ausgeführt werden kann. Für die Beförderung Geisteskranker sind gewöhnliche Kaleschen verfügbar, um gerade für diese Kranken jedes Anfalls bei der Beförderung und dadurch Aufregung der Patienten zu verhüten. Die Polsterung in diesen Wagen wäre zweckmässig mit Wachstuchüberzug zu versehen, um etwaige Verunreinigungen leicht zu entfernen zu können.

Für den Transport von Kranken zu Wasser dient ein besonderes offenes Fahrzeug mit einem Kajütenaufbau mit 2 völlig getrennten

tragen, ihren Sitzplatz, und setzen nach oben und unten zu und mit dem Kranken zu beladen. Die Fahrzeuge werden nach dem Transport gründlich desinficirt. Im Jahre 1899/1900 wurden Krankentransporte ausgeführt.

#### 7. Hannover.

Zwei Krankenwagen stehen bei der städtischen Branddirection, der eine zur Beförderung von ansteckenden, der andere für nicht ansteckende Kranke und Verletzte. Die Bespannung wird von der Feuerdirection gestellt. Die Kosten der Benutzung betragen für einen Transport mit Begleitern (ein Chargirter und 2 Feuermänner) 3,50 Mark, für einen Transport ohne Begleiter 2 Mark, und werden von den Kranken oder Angehörigen eingezogen, Unbemittelten jedoch erlassen. Der Krankenwagen hat Berlineform, ist ein- und zweispännig zu fahren, beide Räder haben Gummireifen, der andere ist nach Hamburger System gestellt. Die Verordnung der Polizei betreffs des Krankentransportes vom 12. Juni 1899 lautet:

§ 1. Die Benutzung von öffentlichen Fuhrwerken (Lohnwagen, Droschken, Omnibussen, Straßenbahnen, Eisenbahnen) und öffentlichen Wasserfahrzeugen zur Beförderung von Personen, welche an Cholera, Pocken, Darm-, Fleck- und Rückfalltyphus, Scharlach, Genickstarre, Ruhr, Scharlach und Masern leiden, sowie von Choleraerkrankten ist verboten. Die strafrechtliche Verantwortung trifft den Kranken selbst oder denjenigen, welcher die Beförderung veranlasst.

§ 2. Die Beförderung von Personen, die an den im § 1 genannten Krankheiten leiden, hat, falls nicht eigenes Fuhrwerk benutzt wird, durch die hierzu bestimmten Krankentransportwagen zu geschehen.

§ 3. Sämmtliches zur Beförderung von Personen, welche an den im § 1 genannten Krankheiten leiden, benutztes Fuhrwerk oder Wasserfahrzeug, sowie die bei der Beförderung benutzten Gegenstände hat der Eigenthümer vor weiterer Be-

auch sonst so gebaut ist, dass er gefälliges Aeussere hat. Das Inn ist nach Möglichkeit glatt hergestellt, die Ecken abgerundet, die Beleuchtung geschieht durch eine aussen an der Stirnseite angebrachte Laterne. Diese Anordnung ist getroffen, um den Wagen auch leicht und gut desinficiren zu können. Ein Raum zur Unterbringung eines Desinficierungs- und Verbandkastens ist vorhanden.

### 9. Köln.

Das Krankentransportwesen liegt in den Händen der städtischen Feuerwehr, welche drei Wachen hat. Diese Wachen sind mit allen Krankenhäusern telephonisch verbunden und entsenden auf Erfordern einen Krankenwagen, welchem ausgebildete Samariter der Feuerwehr mitgegeben werden. Bei einem Unglücksfalle machen diese den Patienten nur transportfähig und bringen ihn auf Wunsch nach Haus oder in eine Krankenanstalt. Die beiden Krankentransportwagen, welche erst seit dem Jahre 1899 beschafft worden sind, nachdem Bardenheuer die Anregung zur Verbesserung des Krankentransportwesens gegeben hat, sind nach Art der in Wien vorhandenen gebaut. Seit dem 19. August 1899, dem Beginn des Betriebes, bis zum 31. März 1900 wurden 1166 Krankentransporte ausgeführt. Jede der ausserdem vorhandenen Samariterstationen des Samaritervereins ist mit einer zusammengeklappten Tragbahre versehen. Diese Stationen sind an verschiedenen Stellen der Stadt untergebracht.

### 10. Königsberg.

Bei der Berufsfeuerwehr ist von der Stadt ein ständig bespannter „Unfallwagen“ eingestellt, in welchem auch erkrankte Personen mit nicht ansteckenden Leiden, die mit der Bahn zureisen, transportiert werden können. Die Benutzung des Wagens erfolgt kostenlos. In einigen geeigneten Stellen der Stadt und Umgebung sind Krankentransportwagen aufgestellt. Ausserdem stellt die Stadt die dem städtischen Fuhrwesen unterstehenden Krankenwagen zur Benutzung und zwar 3 für Kranke mit Leiden nicht ansteckender Natur, je 1 für ansteckende Kranke und 1 für Tobsüchtige. Kutscher und Pferde sind für diese fast stets vorhanden, jedoch wird Bedienung nicht gestellt. Für die Benutzung des Wagens wird von Bemittelten eine Vergütung gezahlt.

Die Wagen für Verletzte und für Personen mit nicht ansteckenden Krankheiten sind aussen grün gestrichen, innen weiss lackierte Kastenwagen auf Federn für ein Pferd Bespannung. Auf der einen Längsseite steht die auf Rollen gehende Trage, auf der andern sind Sitze für die Begleiter, zwischen welchen Platz für einen Verbandkasten ist. An den Längsseiten sind je 2 durch Vorhänge abzuschliessende Fenster und eins an der Stirnseite über dem Kutscherbock.

### 11. Leipzig.

Im städtischen Krankenhause zu St. Jacob in Alt-Leipzig sind drei Wagen für Einzel-, im städtischen Krankenhause zu Leipzig-Plagwitz ein Krankenwagen und ein Wagen für Massentransporte untergebracht. Die erforderlichen Pferde sind in den Krankenhäusern vorhanden. Die Krankenhäuser befördern Verunglückte sowie auch Personen mit inneren und ansteckenden Krankheiten in ihren Wagen, deren Bestellung durch die Polizei, Sanitätswachen, oder private Personen erfolgen kann. Gewöhnlich ist eine ärztliche Anordnung erforderlich, von welcher bei der Beförderung von Verwundeten abgesehen wird. Die Desinfection der Wagen nach Beförderung von ansteckenden Kranken geschieht so, dass die Decken in strömendem Wasserdampf desinficirt werden, während das Wageninnere und die Trage mit 5 proc. Carbolwasser abgewaschen werden. Die Wagen werden hier für ansteckende und nicht ansteckende Kranke benutzt. Ausserdem hat der Leipziger Samariterverein im Hauptdepot der städtischen Feuerwehr einen nach Wiener Muster erbauten Wagen eingestellt, welcher bei Unfällen sowohl durch die Polizei, als die Sanitätswachen oder Privatpersonen herbeigerufen werden kann. Ansteckende Kranke werden nicht mit diesem Wagen befördert. Die Bespannung des Wagens wird von der Feuerwehr gestellt. Der Transport eines Kranken, ansteckenden oder nicht ansteckenden, kostet sowohl bei den Wagen der Krankenhäuser als beim Samariterverein 4 Mark im Bereiche der inneren Stadt. Bei weiteren Entfernungen berechnen die Krankenhäuser 75 Pfg. für jeden Kilometer.

### 12. Lübeck.

Im Marstall und in 4 Polizeiwachen sind Räderbahnen und Krankenkörbe zur Beförderung erkrankter und Verunglückter vorhanden, welche von den hierzu ausgebildeten Mannschaften der Strassenreinigungskolonnen, im Nothfalle durch Dienstmänner ausgeführt wird.

Ferner stehen für ansteckende Kranke zwei zweispännige landauerartige Krankenwagen, welche nach jedem Transport desinficirt werden, zur Verfügung. Seit kurzer Zeit ist ein neuer omnibusartiger Krankenwagen zur Transportirung von nicht ansteckenden Kranken in liegender Stellung auf städtische Kosten beschafft worden, dessen Benutzung durch folgende Bekanntmachung festgesetzt ist:

Es wird hiermit zur öffentlichen Kenntniss gebracht, dass dem Publikum zum Transport verunglückter oder erkrankter Personen, sofern die Krankheit keine ansteckende ist, ein Krankenwagen zur Verfügung steht, welcher den Transport des Kranken in liegender Stellung auf einer Krankenbahre ermöglicht. Der Wagen, dessen Bedienung durch Mannschaften der Feuerwehr unentgeltlich erfolgt, ist bei der Feuerwehr im „Spritzenhaus“, Breitestrasse, zu bestellen, ausserdem übermitteln die Polizeiwachen in den Vorstädten die Bestellung.

Von Erkrankten darf der Wagen nur benutzt werden, wenn von einem Arzte eine Bescheinigung dahin ausgestellt ist, dass der zu Transportirende an keiner

ansteckenden Krankheit leidet. Die Bescheinigung ist dem Führer des Krankenvagens zu übergeben.

Leidet der Kranke an einer ansteckenden Krankheit, so sind die bisherigen Krankentransportmittel (Krankendroschken, Tragkörbe) zu benutzen, deren Bestellung an den oben genannten Stellen ebenfalls entgegengenommen wird.

Die Kosten für die Beförderung der Fuhrwerke werden von der Kasse des Polizeiamtes eingezogen und betragen:

a) für die Beförderung einer ausserhalb ihrer Wohnung verunglückten, beziehungsweise plötzlich erkrankten Person nach ihrer Wohnung, einem Krankenhause oder einer Klinik M. 3,00,

b) für jede andere Beförderung M. 4,50.

Die Beförderung findet in der Regel nur innerhalb der Stadt Lübeck und deren Vorstädten statt; Ausnahmen sind nur mit besonderer Genehmigung des Medicinalamtes gestattet.

Lübeck, den 28. Februar 1900.

Das Medicinalamt.

Den Transport der ansteckenden Kranken regelt die

Verordnung,

betreffend die Benutzung öffentlichen Fuhrwerks zum Krankentransport.

Das Polizei-Amt verordnet hierdurch:

#### § 1.

Zur Beförderung von Personen, welche an Cholera, Pocken, Diphtheritis, Typhus, Scharlach, Masern oder Ruhr erkrankt sind, dürfen für den öffentlichen Verkehr bestimmte Fahrzeuge (Miethwagen, Droschken, Omnibus, Eisenbahn- und Pferdebahnenwagen, Dampfschiffe) nicht benutzt werden.

Derartige Personen sind mittelst besonderer Krankenwagen oder in Krankenkörben zu befördern.

#### § 2

enthält Strafbestimmungen bei Uebertretungen.

Lübeck, den 6. December 1887.

Das Polizei-Amt.

Auch Personen mit anderen ansteckenden Krankheiten als hier genannt, z. B. mit Genickstarre, werden in den Krankenwagen befördert.

### 13. München.

Hier ist der Krankentransport hauptsächlich in den Händen der Freiwilligen Rettungsgesellschaft und der Freiwilligen Sanitäts-Hauptkolonne „München“. Die Organisation der beiden Gesellschaften wird beim „Rettungswesen“ zu erörtern sein. Die unter ärztlicher Leitung stehende Rettungsgesellschaft verfügt über zweckentsprechend gebautes Transportmaterial und zwar über einen Krankenwagen in Landauerform, einen Wagen für gleichzeitige Beförderung von mehreren verletzten Personen, ein Krankentransportfahrrad, Fahr- und Tragbahnen. Der zweite Wagen in Omnibusform dient zur Beförderung von 4 liegenden, oder

ei liegenden und 4 sitzenden Personen. Die Wagen stehen im städtischen Arrestall, welcher in nächster Nähe von der Wache der Gesellschaft liegt.

Die Zahl der Transporte betrug 1900 im Ganzen 2580. Hiervon waren 941 Transporte von Verunglückten, und 1839 bestellte Transporte h. von Kranken, welche von der Bahn in die Wohnung oder von der Wohnung in ein Krankenhaus u. s. w. gebracht wurden. Für letztere Transporte werden 3 M. Gebühren von Seiten der Gesellschaft erhoben. Ein Transport von ansteckenden Kranken wird ausschliesslich mit einer bestimmten Fahrbahre ausgeführt. Bei jedem Transport sind ausser dem Fahrer noch 2 Sanitätsmänner der Gesellschaft in Thätigkeit.

Die Gesellschaft hat jetzt wegen der erhöhten Inanspruchnahme eine Kutscher sowie zwei eigene Pferde eingestellt.

An 9 Stellen besonders in Polizeiwachen hält die Gesellschaft Tragkarren zur Verfügung, und zwar in ihrem Wirkungsbereiche, in welchem auch nur die Beförderung von Kranken und Verunglückten und letzteren ausführt.

Auch der Bezirk für die Krankentransporte der Sanitätshauptkommission, deren Wagen zum Theil den Aktenwagen unserer Behörden ähnlich gebaut sind, ist genau abgegrenzt und durch Dienstanweisung geordnet. Es lautet in dem bezüglichen Theil:

§ 3. Die Rettungswagen werden auf Verlangen innerhalb des Burgfriedens jederzeit in den Dienst gestellt. Insbesondere:

1. Bei Unglücksfällen und Katastrophen jeglicher Art.

a) Bei Unglücksfällen, wie z. B. bei Knochenbrüchen, Blutungen, Luxationen, Stichen, Stich- oder Hiebverletzungen, Verbrennungen, Erschütterungen, Zerreißen von Sehnen, Muskeln, Bändern, Vergiftungen, bei Erhängen, Erfrieren, Ertrinken etc.

b) Bei Katastrophen, so z. B. bei Verschüttungen, Explosionen, Einstürzen, grossen Bränden, Paniken, Gasausströmungen, Unfällen in den Bahnhöfen, kurz in allen Fällen, wo mehrere Personen zu Schaden gekommen sind.

2. Bei plötzlichen Erkrankungen, so z. B. bei Schlaganfällen, Blutsturz, Blutungen, geklemmten Brüchen, Geburten, Bewusstlosigkeit etc. Bei Vergiftungen werden in der Kanzlei deponierte Kasten mit den Gegengiften mitzufahren und telephonisch ein Arzt zu requirieren.

3. Zu einfachen Krankentransporten von den Wohnungen in die Kliniken und Krankenhäuser der Stadt und umgekehrt.

Ausserhalb des Burgfriedens werden die Wagen in der Regel nicht abgegeben.

Eine Ausnahme findet statt bei Katastrophen, welche sich in der Umgebung Münchens ereignen.

Bei Abgabe der Rettungswagen ist lediglich der vorliegende Fall entscheidend, nicht aber die Person, welche den Wagen requiriert.

Betrunkene oder anscheinend Betrunkene werden transportiert, wenn der Anruf durch Polizeibehörden erfolgt und die Betreffenden in ihrem eigenen Interesse nicht sich selbst überlassen werden können.

Betrunkene, welche gleichzeitig verletzt sind, müssen jederzeit transportiert werden. In zweifelhaften Fällen erfolgt der Transport nach der k. Polizeidirection.

Tote dürfen nicht transportiert werden. Ist der Verunglückte oder Erkrankte bei Eintreffen der Sanitätswache bereits verschieden, so ist der einschlägige k. Po-

lizebezirkskommissär telephonisch zu verständigen, bezw. auch Polizeidirection Jourzimmer.

Bei leichteren Unfällen oder plötzlichen Erkrankungen in der Nähe der Sanitätswache genügt das Absenden einer Fahrbahre.

Transporte von infectiös Erkrankten dürfen nur mit einer Fahrbahre ausgeführt werden, welche unmittelbar nach jedesmaligem Gebrauche in die städtische Desinfectionsanstalt zu verbringen ist. Von jedem solchen Transporte ist sofort die Polizeidirection Jourzimmer zu benachrichtigen. Blatternkranke dürfen nicht transportiert werden.

Der Transport von Geisteskranken, Blöden oder geistesschwachen unzurechnungsfähigen Personen darf nur auf Requisition eines praktischen Arztes oder Grund eines schriftlichen ärztlichen Ausweises stattfinden und dann nur zunächst in die Krankenhäuser der Stadt. Vor jedem solchen Transport ist in dem diesbezüglichen Krankenhaus zuerst telephonisch anzufragen, ob Platz zur Aufnahme Geisteskranken vorhanden ist.

Eine Ueberführung von Geisteskranken nach der Kreisirrenanstalt darf schliesslich nur auf Requisition der k. Polizeidirection oder einer Krankenhausverwaltung bethätigt werden, oder auch, wenn seitens der Kreis-Irrenanstalt Aufnahme bereits genehmigt ist.

In allen Fällen, in welchen augenscheinlich ein Verbrechen vorliegt, hat sofort telephonische Meldung an die k. Polizeidirection zu erfolgen.

§ 4. Bei allen Transporten und Hülfeleistungen sind die Personalien der Verletzten bzw. Erkrankten unter Angabe der Verletzung oder Erkrankung festzustellen und zunächst in den Bureaus der Krankenhäuser oder Kliniken nebst Nummer des Saales, in welchem der Hilfesuchende untergebracht wurde, anzumelden.

In gleicher Weise sind die Personalien nach erfolgtem Einrücken auf die Sanitätswache anzugeben.

Es ist nicht statthaft, Erkrankte oder Verletzte, gegen ihren ausgesprochenen Willen in die Krankenhäuser bzw. Kliniken zu verbringen. Bei Unfällen oder plötzlichen Erkrankungen sind die Transportierenden, insofern sie bei Bewusstsein sind, darüber zu befragen, und auf ihren Wunsch, besonders wenn sie an häusliche Pflege zu haben, in ihre Wohnungen zu verbringen. Bei gewöhnlichen Transporten von Kranken liegt die Entscheidung ohnehin in ärztlichen Händen.

§ 5. Die Wagen fahren zur Unfallstelle im scharfen Trabe und dürfen während der Fahrt nicht angehalten werden. Die Wachmannschaft sitzt auf dem Bock, davon bedient die Bremse. Das Mitfahren von nicht im Dienste befindlichen Gliedern der Kolonne ist unstatthaft.

Nicht zur Kolonne gehörige Personen dürfen mit den Wagen in der Regel nicht mitgenommen werden. Eine Ausnahme findet statt, wenn eine angehörige Person eines Verunglückten oder Erkrankten den Transport zu begleiten wünscht. Kolonnenführer oder praktische Aerzte, sowie Polizeiorgane sind auf Verlangen zur Unfallstelle mitzufahren.

Die Rettungswagen werden in allen Fällen, wo sie zur Verwendung kommen, ausschliesslich von Mannschaften der Freiwilligen Sanitätskolonne bedient.

Sind die Wagen beladen, so fahren sie im kurzen Trabe oder im Schritt. Der Mann der Wache begiebt sich ins Innere zur Beobachtung des Kranken bzw. Verletzten.

Bei der Rückfahrt der Wagen ins Depot fahren diese im kurzen Trabe.

Nach dem Einrücken sind die Wagen gründlich zu untersuchen, wenn erforderlich, sofort zu reinigen und sodann in die Remisen zu schieben. Irgendwelche



Die Kutscher haben sich bei den Fahrten an die ortspolizeilichen Vorschriften

den Wagenverkehr zu halten.

An Krankentransportmaterial besitzt die freiwillige Sanitäts-Hauptkolonne „München“ drei grosse Felddienstkrankenwagen, welche für ordentliche Unfälle verwendet werden können. Ferner sind ständig im Dienst zwei grosse und zwei leichte Krankenwagen; ein fünfter Krankenwagen in Equipagenform ist im Bau. Die ersteren beiden Wagen sind zur Aufnahme von je zwei liegenden und vier sitzenden Kranken geeignet, haben ein Aeusseres etwa wie ein Hotelomnibus, die leichteren Krankenwagen sind denen in Brüssel benutzten ähnlich und zur Aufnahme von einem liegenden und eventuell ein bis zwei sitzenden Kranken geeignet. Ferner sind 25 Räderbahren im Dienst und zwar 14 auf den „Hilfsdepots“, 11 auf der Sanitätswache der Kolonne und im Lagerdepot. In den 16 „Hilfsdepots“ sind 16 Tragbahren untergebracht, im Hauptdepot 4. Ausserdem sind einfache Tragen, Tragstühle in grosser Zahl vorhanden. 2266 Krankentransporte wurden im Jahre 1900 ausgeführt.

Die „Vereinbarungen zwischen der Münchener Freiwilligen Rettungsgesellschaft und der Freiwilligen Sanitäts-Hauptkolonne München“, nach denen die Thätigkeit der beiden Körperschaften auf für bestimmte Gebiete der Stadt abgegrenzt ist, hat nur für Beförderung von Verunfallten Gültigkeit, nicht aber für die „bestellten“ Krankentransporte.

#### 14. Nürnberg.

Auch hier ist der Krankentransportdienst durch die freiwillige Sanitäts-Hauptkolonne geordnet. Dieselbe verfügt über mehrere Krankenwagen, in welchen Verletzte, aber auch Personen mit ansteckenden

Ein- und Zweispännigfahren eingerichtet. Zu jedem Transport rücken 1 Oberfeuermann und zwei Mann (im Samariterdienst ausgebildet) auf. Der Wagen enthält Verbandmaterial und einige Medicamente, eine tragende Trage und zusammenklappbare Tragbahnen. Ein kleiner Ofen zum Heizen mit Glühstoff ist vorgesehen, welcher keinen Dunst verbreitet. Am Vordersitz ist eine Glocke, die durch Treten ertönt, angebracht, das Nahen des Wagens anzukündigen.

Für die Beförderung nicht verunglückter Kranker sind 2 Wagen städtischen Krankenhause vorhanden, für welche die im Krankenhaus befindlichen Pferde von einem Fuhrherrn gestellt werden. Die Benutzung innerhalb des Weichbildes der Stadt kostet bei zahlungsfähigen Personen 4 M. 50 Pfg. Für die Beförderung von ansteckenden Kranken vorläufig ein besonderer Wagen nicht zur Stelle. Es wird der benutzte Wagen nach einem solchen Transport von den städtischen Desinfectorien, welche ebenfalls im Krankenhaus stationiert sind, mit Formalin desinfiziert. Transporte von ansteckenden Kranken kommen relativ selten vor. Nach Transport von Typhuskranken wird nur das Lager desinfiziert.

#### 16. Stuttgart.

Seit 1891 ist hier ein nach Knauss Angaben gefertigter Wagen in Benutzung, welcher die Form einer eckigen Berline hat, also nach dem Hamburger und Wiener Wagen erbaut ist. Die Hinterräder sind aber bei dem Wagen höher als das Vorderrad, und letzteres kann an der Stelle unter dem Wagen durchgedreht werden. Die Fenster sind aus geriffeltem Glase hergestellt, welches den Einblick in den Wagen verhindert, ohne das Vorhänge angewendet werden. Die Einladung der Trage geschieht von der Seite, wobei die Seitenwand nach oben und unten aufgeklappt wird. Die Trage wird dann auf Rollen in den Wagen hineingeschoben. Die obere Klappe wird durch drehbare Stützen nach oben offen gehalten. Nach der Beladung werden die Klappen mit Stecherschloss geschlossen. Die beiden vorhandenen inneren Sitze sind statt mit Polstern, wie der Fussboden, mit starken Gummipplatten belegt. Das gesammte Innere ist mit lackirtem Zinn-Aluminiumblech ausgeschlagen. Auf der Tragbahre liegt eine niedere Sprungfedematratze mit Gumm Tuch und einer Decke. Die Räder haben Gummibelag, in der Vorderwand ist ein herunterklappbares Fenster zum Verkehr mit dem Kutscher. In einem Ausschnitt der Hinterwand ist eine aussen angebrachte Laterne zur Beleuchtung des Inneren vorgesehen. Der Wagen ist wegen der Terrainverhältnisse nur zweispännig zu fahren und dient zur Beförderung Verunglückter und von Personen mit ansteckenden Krankheiten. Die Herbeirufung geschieht durch das Stadtpolizeiamt oder von der Berufsfeuerwehr, welche die Bespannung und Führung besorgt. Zwei als Samariter ausgebildete Feuermänner begleiten jeden Transport. Die Benutzung kostet 2,50 M. für eine Innen- und 3 M. für eine Aussenfahrt und ist bei Unbemittelten unentgeltlich. Personen mit ansteckenden Krankheiten dürfen Droschken nicht benutzen.

## II. Ausserdeutschen europäischen Staaten

och folgende anzuführen, in welchen bemerkenswerthe Einrichtungen  
ankenbeförderung vorhanden sind.

### 1. Belgien.

ntwerpen besitzt 13 städtische Stationen mit Verbandkästen und  
oder mehreren Fahrbahren, ausserdem haben 2 Krankenhäuser  
alls Räderbahnen. Ein Krankenhaus hat einen Wagen mit zwei  
und eine geschlossene Droschke für Personen mit ansteckenden  
eiten. Daneben bestehen noch 3 Stationen von der Gesellschaft  
rünen Kreuz, welche mit Krankenwagen ausgerüstet sind.

ine Verbandstation „Verbandhuis der haveneinrichtungen van het  
en“, welche mit Aerzten besetzt ist, sorgt für die Beförderung von  
ikten in einem besonderen Wagen. Die Kranken verbleiben auf  
ation so lange, bis ihr Transport in ein Krankenhaus oder in ihre  
sung möglich ist. Bezüglich des Transportes von Personen mit  
kenden Krankheiten gilt die Verfügung vom 20. Februar 1880,  
Artikel I lautet:

eder Wagen, welcher einen ansteckenden Kranken in ein Krankenhaus gebracht  
ll daselbst zur Desinfection zurückgehalten werden.

rtikel II.: Als ansteckende Krankheiten gelten: Cholera, Unterleibstypus,  
n, Scharlach, Masern, Diphtherie, Keuchhusten.

rtikel III.: Ein Kutscher, welcher nach einem solchen Transport seinen Wagen  
sinfection entzieht, soll mit einer Geldstrafe von 5—25 Francs und Gefängniss  
-3 Tagen einzeln oder zusammen belegt werden. Im Wiederholungsfalle hat

2. Wenn ein Kutscher eines öffentlichen Fuhrwerkes bestellt wird, um einen Kranken zu fahren, so muss er sich vorher ein ärztliches Zeugnis vorweisen lassen, aus welchem hervorgeht, dass der Betreffende nicht an einer ansteckenden Krankheit leidet.

3. Als ansteckende Krankheiten gelten: Cholera, Unterleibstypus, Pocken, Scharlach, Masern und Diphtherie.

4. Die Beförderung von Personen, welche an einer dieser Krankheiten leiden, hat mittelst besonderer Wagen zu geschehen, welche ausschliesslich zu diesem Gebrauch von der städtischen Verwaltung bestimmt sind.

5. Muss Jemand mit einer ansteckenden Krankheit von einem Ort zum andern befördert werden, so muss der Polizeibeamte des Reviers den Krankenwagen auf Ausweis eines ärztlichen Zeugnisses mit dem Namen der Krankheit requiriren. Nach jedem Transport wird der Krankenwagen nach den Verfahren, welche vom Gesundheitsamt und seiner Leitung angegeben sind, desinficirt.

6. Die Kosten für den Transport im besonderen Krankenwagen entfallen zu Lasten des Transportirten oder bei Unbemittelten der Verwaltung des Krankenhauses. Sie werden nach dem Tarif der gewöhnlichen Wagen mit einem Zuschlag von 50 pCt. berechnet.

7. Jeder Wagen, welcher dieser Verordnung zuwider zum Transport eines ansteckenden Kranken benutzt ist, wird einer sofortigen und vollständigen Desinfection unterworfen.

Die Wagen selbst haben eine Gestalt etwa wie die Aktenwagen unserer Behörden. Der Raum unter dem Kutschersitz ist mit zur Unterbringung der Trage im Inneren verwendet. An jeder Seitenwand befindet sich je ein grosses Fenster. Die Einladung des Kranken geschieht von hinten. Bremsvorrichtung ist vorhanden. 1897 wurden die Wagen 46 Mal zur Beförderung ansteckender Krankheiten benutzt.

In Gent ist jedes der 12 Polizeicommissariate mit einer Räderbahre für die Beförderung von Verletzten, welche ins Krankenhaus gebracht werden, versehen. Ein besonderer Wagen ist zum Transport von ansteckenden Kranken ins Hospital vorhanden. Der Wagen wird durch Vermittelung der Polizei herbeigerufen und nach jedem Transport desinficirt.

Ein von der Stadtverwaltung bereitgestellter Krankenwagen steht zur Verfügung der Polizei in Lüttich. Unter Umständen kann auch auf städtische Kosten öffentliches Fuhrwerk zum Krankentransport benutzt werden.

## 2. Bulgarien.

In den grösseren Städten des Fürstenthums ist der Krankentransport durch die städtischen Behörden eingerichtet, von den Stadtärzten geleitet und von den staatlichen Aerzten beaufsichtigt. Die bezüglichen Bestimmungen sind im Sanitätsgesetz und in den betreffenden Dienst-Anweisungen für die städtischen und Staatsärzte enthalten. In kleineren Städten, welche städtische Aerzte besitzen, sind die gleichen Verfügungen vorhanden. In noch kleineren ohne städtische Aerzte wird der Dienst durch Feldscheerer unter Unterstützung der Ortsvorsteher gehandhabt.

### 3. Dänemark.

In den Tagebüchern des Königlichen Friedrich-Krankenhauses zu Kopenhagen von Friedrich Ludwig Bang, welche 1790 aus dem Lateinischen übersetzt von Johann Heinrich Ingler erschienen sind, findet sich folgende Bemerkung über die Einlieferung der Kranken:

„Die Einführung der Kranken ins Krankenhaus wird, wenn die erwähnte Meldung und Untersuchung vollendet ist, gleich bewerkstelligt; doch, auch ohne dass diese vorhergegangen sind, werden diejenigen, die eine beträchtliche Verletzung durch äussere Gewaltthatigkeit erlitten haben, gleich gefordert und zugelassen. Der Transport nach dem Krankenhause wird entweder von den Kranken nach Belieben selbst besorgt, oder er geschieht mittelst der Sänfte des Krankenhauses, bey welcher bestimmte Träger im Krankenhause sind. Ist so der Kranke zugelassen, so weist ihm der Gegenschreiber das ihm zukommende Zimmer und Bette an.“

Seit 1889 besteht eine Gesellschaft „Foreningen for Loegevagstationer“, welche in allen Polizeiwachen Krankenwagen nach Wiener Muster eingestellt hat, welche durch Fernsprecher von 300 Stellen zu erlangen sind. Die Pferde für die Wagen werden vom benachbarten Droschkenstand entnommen. Die Wagen sind zur Aufnahme von zwei Verletzten bestimmt, leicht zu desinficiren und enthalten Verband- und Erfrischungsmaterial.

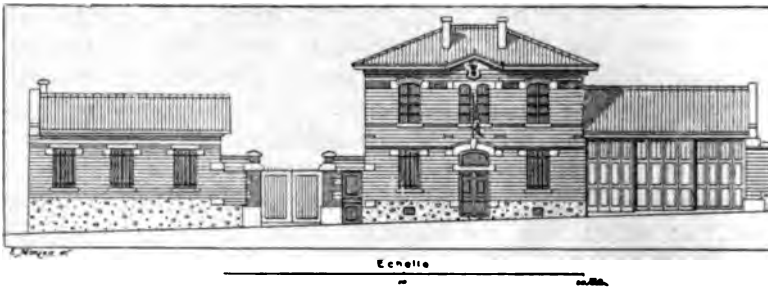
### 4. Frankreich.

Die Beförderung der Verunglückten in Bordeaux wird von der Rettungsgesellschaft ausgeführt, welche in den einzelnen Wachen der Gesellschaft sowie bei verschiedenen Apothekern Tragbahnen aufgestellt hat. Auf den Wachen befinden sich auch Fahrbahnen.

In Paris ist das gesammte Krankentransportwesen von den Behörden geregelt. An dieser Stelle ist nur die Krankenbeförderung zu schildern, welche den Dienst der Ambulances municipales der Stadt Paris darstellt, welche der Seinepräfector unterstellt sind. Der Zweck der Ambulanzen ist einzig der, Kranke oder Verunglückte in ihrer Wohnung oder auf der Strasse aufzusuchen und sie in die Krankenhäuser oder in ihre Wohnungen zu bringen. Zu diesem Behufe sind die Ambulances municipales und urbaines vorhanden, deren erstere für die Beförderung von Kranken, ansteckenden und nicht ansteckenden, bestimmt sind, während die anderen zur Beförderung von Verletzten und Verunglückten, niemals aber von ansteckenden Kranken dienen. Auf Anregung von Dr. Nachtel wurde 1887 im Hospital Saint-Louis die erste Station der Ambulances urbaines eröffnet, 1889 errichtete die Stadt Paris zwei Ambulances municipales, in der Rue de Staël und Rue de Chaligny. 1895 gingen die Ambulances urbaines in die Verwaltung der Stadt über, und es wurde gleichzeitig eine Neueinrichtung des gesammten Krankentransportwesens beschlossen. Jetzt sind Ambulances municipales

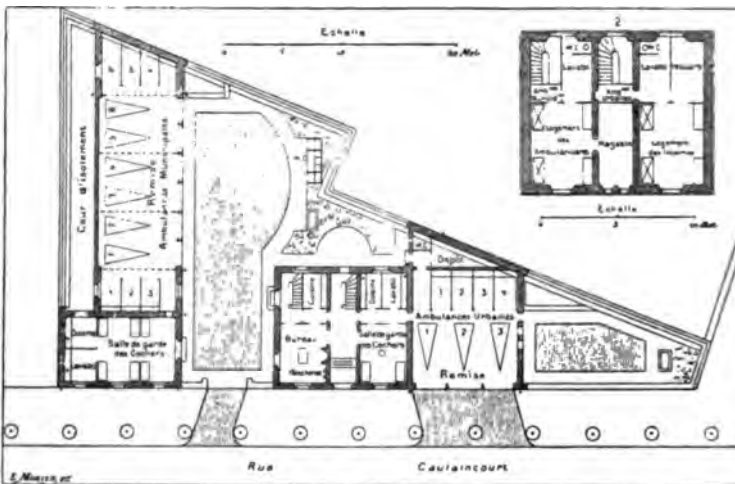
in der Rue de Staël und Chaligny vorhanden, am Markt Saint-Etienne und im Hospital Saint-Louis befinden sich Ambulances urbaines. Die Rue de Coulaincourt ist eine Station mixte, welche sowohl für Behandlung von Kranken (auch ansteckenden) als auch Verunglückten eingerichtet ist. Die beifolgenden Abbildungen 5 und 6 veranschaulichen

Abbildung 5.



Station mixte der Pariser Krankentransport-Stationen. Rue Coulaincourt  
Vorderansicht von der Strasse.

Abbildung 6.



Station mixte der Pariser Krankentransport-Stationen. Rue Coulaincourt  
Unteres Stockwerk; rechts in der Ecke erstes Stockwerk des Mittelgebäudes.

diese Station, welche die bemerkenswertheste ist, da sie beide von Krankentransporten besorgt.

Hier untersteht die Beförderung Verunglückter und Erkrankter gemeinsamer Aufsicht. Die Station hat 6 Wagen, welche wie in den anderen Stationen die in Abbildung 7 gezeichnete Gestalt, für den Nachtdienst wird mit 2 besonderen Wagen besorgt.

Die Wagen haben einfachere Form als die Englischen, sehen

mer noch besser als einzelne der in Berlin gebräuchlichen Krankenwagen  
 as. Die Abbildung giebt eine Ansicht eines geöffneten Wagens, welcher  
 von hinten mit der Tragbahre beladen wird. Die Tragen werden auf einer

Abbildung 7.



akenwagen der Ambulances der Stadt Paris. Innenansicht von hinten.

ung federnd im Wageninneren aufgestellt. In vier niedrigen Fuss-  
 sind senkrecht gegen dieselben Spiralfedern befestigt, an deren  
 ein Tragholm angehängt wird, sodass eine schräg nach unten  
 r Mitte der Trage zu erfolgende Federung bewirkt wird. Die  
 sind äusserlich röthlich-bräunlich gestrichen und tragen auf einem  
 Mittelstreifen die Aufschrift „Ville de Paris“. Aussen sind sie  
 er durch Tritt des Kutschers tönenden Glocke versehen. An jeder  
 te und in beiden Thürflügeln befinden sich Fenster, ferner ein  
 a grosses in der Stirnseite des Wagens. Ausser dem Thürschloss  
 h mehr nach unten an der Thür ein Riegel angebracht. Neben  
 age ist Platz für einen Begleiter vorgesehen, ferner ist für Be-  
 ng gesorgt.

Wagen werden nach jedem Transport desinficirt, die Decken,  
 ie et c. im Dampfapparat, das Wageninnere mit Sublimatspray.  
 Transport wird von einer Pflegerin, Ambulanciére infirmière diplo-  
 es hôpitaux, begleitet, von welchen 5 am Tage und 1 in der  
 ten Dienst thun. Die Kutscher für den Transport der ansteckenden  
 Kranken tragen weisse, für die Beförderung der nicht ansteckenden inner-  
 Kutscher befindet sich neben dem Fernsprechemdezimmer. Derselbe  
 auch als Essraum und enthält Vorrichtungen zum Waschen und

Desinfection der Hände mit Sublimat. 2 Schränke sind mit den für die wachthabenden Kutscher versehen. Im Oberstock befinden sich die Wohnräume für die wachthabenden Personen.

Für jeden Wagen ist ein grosser Beutel aus Leinwand vorgesehen, welcher stets mitgeführt wird, und Schienen sowie Verbandstoffe enthalten, damit sogleich, wenn der Wagen von einem Polizisten oder einer anderen Person zur Hülfe bei einem Unfall angehalten wird, die nothwendigen Verbandmittel zur Stelle sind. Ferner befinden sich im Oberstock die Aufbewahrungsräume für Decken, Kissen, Matratzen und andere beim Transport erforderlichen Geräthschaften. Rechts von diesen sind die Stallungen und Wagenremisen für die *Ambulance urbaine*, welche die Beförderung der Verunglückten und Verletzten zu besorgen hat, was im Aufsatz Rettungswesen zu schildern ist.

Die beiden anderen oben genannten *Stations d'Ambulances principales* sind genau wie die hier beschriebene Abtheilung der Station eingerichtet.

Das Personal der Station besteht aus dem wachthabenden Telefonisten, dem ärztlichen Personal für die chirurgische Krankentransportstation, den begleitenden Pflegerinnen für die Transporte der ansteckenden Kranken und einer Anzahl von Kutschern. Sobald die Kutscher ihren Dienst in den Stationen antreten, haben sie sich mit den vorgeschriebenen Anzügen zu bekleiden. Eins der vorhandenen Pferde ist fertig angeschirrt, die anderen beständig bereit angespannt zu stehen. Ertönt die Alarmglocke des Telefonisten, schirrt der an der betreffenden Kutsche der Kutscher sein Pferd an, besteigt den Bock und erwartet weitere Befehle vom diensthabenden Arzt oder der Pflegerin. Es sind für alle erdenklichen Massnahmen besondere Verordnungen erlassen, welche streng innegehalten werden müssen.

Auf der Trage liegen die Kranken auf Matratze und Kopfkiß. Ueber der Matratze ist eine Decke ausgebreitet, um deren directen Contact mit dem Kranken zu verhüten. Nach jedem Transport eines ansteckenden Kranken, d. h. mit Unterleibstypus, Pocken, Masern, Scharlach, Diphtherie, Keuchhusten, Tuberkulose, Lungenentzündung, Wochenbettfieber und jeder anderen übertragbaren Erkrankung, muss der Wagen sofort zur Station zurückkehren, wo die Decken, Matratzen und anderen der Ansteckung ausgesetzten Gegenstände in Säcke verpackt werden, welche jeden Abend zur städtischen Desinfectionsanstalt befördert werden. Das Innere und die anderen beweglichen Gegenstände des Wagens werden sogleich mit grossen Mengen Wassers mittelst Zerstäubers oder Eimers gesäubert.

Der Wagen wird nach Nothwendigkeit abgebürstet oder mit Schwamm abgewaschen. Die Waschungen geschehen mit einer Lösung von Sublimat 1:1000. Das Desinfectionsamt sorgt dafür, dass jede Transportstation stets genügenden Vorrath antiseptischer Flüssigkeiten besitzt. Der Wagen darf nur nach Ausführung dieser Massnahmen und nach gehöriger Reinigung zu einem neuen Transport gebraucht werden. Reine Decken



arten Krankentransporten betrug jährlich:

1890 : 1931	1894 : 19103
1891 : 7925	1895 : 21583
1892 : 16304	1897 : 22132
1893 : 18420	

Unter den Zahlen des letzten Jahres waren 15074 Transporte von Personen mit nicht ansteckenden, 4745 mit ansteckenden Krankheiten. Für die Krankentransporte werden nicht erhoben. Das Budget für sämtliche Transporte beträgt etwa 280000 Frs. fürs Jahr, d. h. für jeden Transport mit Begleitung Tags oder Nachts 11 Frs.

Bemerkenswerth ist, dass seit dem Jahre 1885 bis 1895 die Zahl der mittelst Krankentrage durch die Polizeistationen, Postes de Police, geführten Krankentransporte ziemlich stetig abgenommen hat, sie ist von 858 im Jahre 1885 auf 660 im Jahre 1895 gesunken. Die Einrichtung dieser Aemter für die Krankentransporte wird im zweiten Aufsatze zu schildern sein, da sie eigentlich nur bei Unglücksfällen in Thätigkeit treten. Für die gesammte Krankenversorgung ist die Stadt Paris in einzelne Bezirke, Circonscriptions hospitalières, eingetheilt, deren jede um ein bestimmtes Hospital abgegrenzt ist, in welches Patienten dem betreffenden Revier befördert werden.

Ein Centralfernsprechamt mit Tages- und Nachtdienst ist im Bureau „Inspection générale de l'assainissement et de la salubrité de l'habitation“ eingerichtet. Hier ist bekannt, welche Wagen unterwegs, und welchen Hospitälern Betten besonders für geburtshülfliche Fälle frei zu stehen. Zu diesem Behufe werden täglich zweimal zu bestimmten Stunden die geburtshülflichen Stationen der Krankenhäuser die verfügbaren Betten der Centrale angezeigt. Die Stationen haben sich auch der Ver-

Kanzlei  
der  
Gesundheits- und  
Wohlthätigkeits-  
Einrichtungen.

**Französische Republik.**  
Freiheit — Gleichheit — Brüderlichkeit.

Station  
der  
städtischen  
Krankentransport-  
wagen.

No. des Auftrags

Direction der städtischen Angelegenheiten.  
Strasse ..... No. ....

Datum .....  
Name .....  
Vorname .....  
Alter .....  
Geschlecht .....  
Gewerbe .....  
Ort, von dem der Kranke geholt worden .....  
Krankheit .....  
Bestimmungsort .....  
Transport bestellt am .....  
Krankenpflegerin .....  
Kutscher .....  
Desinfection verlangt von .....  
auf der Station von ..... um ..... Uhr ..... Minuten.

Der Unterzeichnete erklärt, dass .....  
erkrankt an ..... im genannten Hospital um ..... Uhr  
angekommen, an diesem Tage aufgenommen wurde, worüber diese Be-  
scheinigung.

Paris, den ..... 1 .....

Stempel des Hospitals.

Stunden				
Ab- fahrt	Wohnung oder Krankenhaus		Bestimmungs- krankenhaus (Hôpital destinataire)	Rück- fahrt
	Ankunft	Abfahrt		

Ein besonderer Dienst besteht für die Beförderung Verunglückter in  
den Bois de Boulogne.

Wie leicht zu erkennen, hat man also in Paris durch Regelung des

**Krankentransportwesens** seitens der Behörden auch den wichtigsten Theil des Rettungswesens geordnet und damit demjenigen Theil meiner Forderungen genügt, welche ich seit Jahren erhoben.

Ausserdem ist in Frankreich eine sehr grosse Zahl von wohlthätigen Gesellschaften vorhanden, welche Hülfe in Nothfällen leisten und auch die Beförderung von Verunglückten und Kranken ausführen. Ihre Einrichtung wird im Aufsatz „Rettungswesen“ zu behandeln sein.

Noch in einzelnen anderen Städten Frankreichs sind organisirte Vorkehrungen für den Krankentransport vorhanden.

In Marseille besteht seit 1892 ein „Bureau municipal d'Hygiène publique et de desinfection“ welchem auch die Beförderung der Kranken, ansteckenden und nicht ansteckenden, obliegt. 4 Coupéwagen, von welchen 2 im Inneren für leichte Reinigung eingerichtet sind, sind zur Beförderung von Personen mit ansteckenden Leiden bestimmt, und an besonderen Stellen untergebracht. Der Transport wird kostenlos ausgeführt, die Herbeirufung geschieht durch das Polizeiamt, in welchem der Kranke wohnt, oder in dringendem Falle auf mündliche Bestellung.

In Nantes richteten vor einigen Jahren die städtischen Behörden den „Service de prompt secours“ ein, welcher ausser den ersten Hülfeleistungen bei Unglücksfällen auch den Krankentransport umfasst. Derselbe ist der städtischen Feuerwehr anvertraut.

### 5. Grossbritannien.

Das Krankentransportwesen für Verunglückte und Verletzte ruht in den Händen der St. John Ambulance Association, welche über ganz England und Kolonien ausgebreitet ist und Zweiganstalten unterhält. Für Beförderung ansteckender Kranker sorgen meistens die Behörden der einzelnen Städte. Musterhaft ist das Krankentransportwesen in dieser Hinsicht in London geordnet. Es bildet hier eine eigene für sich bestehende Einrichtung, welche als behördliches Institut nur die Beförderung der ansteckenden Kranken umfasst, während die Beförderung der Verunglückten ausser von der St. John Ambulance Association von der Hospitals Association Ambulance ausgeführt wird.

In London und in ganz England betreiben die Behörden nur die Unterbringung und Versorgung der ansteckenden Kranken in Krankenhäusern, und überlassen die Pflege der mit anderen Leiden behafteten Personen dem Gemeinsinn des Volkes, welches auch für diese Dinge Summen aufbringt, welche uns, die wir leider nicht über so reiche und so viele reiche Landsleute verfügen, gewaltig erscheinen müssen. Von den 131 Hospitälern, welche 1898 in London vorhanden waren, wurden 121 durch freiwillige Beiträge der Bürger erhalten, während 10 städtische mit 4419 Betten der Aufsicht des Metropolitan Asylums Board unterstehen und nur zur Aufnahme ansteckender Kranker dienen. Ausserdem sind zwei städtische Anstalten zur Aufnahme von Genesenden vorhanden, deren eine 764 Betten hat. Pockenranke finden Aufnahme in den Hospital Ships und einer Krankenanstalt, Pockengenesende in einem

besonderen Heim. 6 der städtischen Hospitäler sind mit eigenen Krankentransportstationen, Ambulance Stations, verbunden, deren Einrichtung von hervorragender Reichhaltigkeit und Zweckmässigkeit ist. Da die Stadt nur für Personen mit ansteckenden Krankheiten sorgt, indem dadurch die Weiterverbreitung dieser zu verhüten sucht, wie die Behörden die Sorge übernommen haben, die Weiterverbreitung eines Fiebers zu verhüten, so hat sie daher auch die Art der Beförderung der ansteckenden Kranken in hervorragender Weise geregelt. Ausser dem genannten Dienst für Beförderung ansteckender Kranken zu Lande, Land Service, besteht noch ein eigener Dienst für die Beförderung der Pockenkranken in die Hospital Ships, welche zu Wasser befördert werden, Water Service. Zur Aufnahme in ein städtisches Krankenhaus ist ein ärztliches Zeugniß nach untenstehendem Schema erforderlich.

Die Kosten für die 6 Transportstationen betrugen 1899 22370 Pf. St. = 447400 Mark, für den Flusssdienst 5400 Pf. St. = 108000 Mark. Für den eigenen ärztlichen Dienst bei der Krankentransportbeförderung wurden 980 Pf. St. = 19600 Mark aufgewendet, 875 Pf. St. = 17500 Mark für Neubauten der Stationen. Für Krankentransporte begleitenden Pflegerinnen, Ambulance Nurses, 3300 Pf. St. = 66000 Mark. Im Ganzen wurden 24945 ansteckende Kranke, mit Scharlach, Diphtherie, Typhus und Pocken, in die städtischen Krankenanstalten befördert, 7973 Genesende in die Heimstätten und 7904 genesene Kranke in die Hospitäler zur Entlassung zurückgebracht. Ausserdem wurden gegen Entgelt 369 Transportkranke an anderen Orten ausgeführt, 144 poliklinische Patienten der allgemeinen

---

(Name der örtlichen Gesundheitsbehörde des betreffenden Districts)  
Sanitätsordnung (London) 1891.

Meldung ansteckender Krankheiten.

Zeugniß des praktischen Arztes.

An den Medicinalbeamten (Medical Officer of Health),

1) *\_\_\_\_\_*

Ich bescheinige hierdurch, dass nach meiner Ansicht die unter näher bezeichnete Person an einer ansteckenden Erkrankung erkrankt ist, auf welche § 55 der Londoner Sanitätsordnung von 1891 Anwendung findet (siehe Anmerkung); und ich bescheinige ferner folgende Eigenschaften, deren Angabe bei solchen Personen nach jenem Paragraphen erforderlich ist.

---

1) Hier ist der Name des Districts einzurücken. Betrifft das Zeugniß eines Kranken eines Krankenhauses, so muss dasselbe an den Medicinalbeamten des Districts gesendet werden, in welchem der Ort liegt, von welchem aus der Kranke ins Hospital gebracht wurde.

Hospitäler in ihre Behausungen, und 247 Typhuskranken aus ihren Wohnungen in allgemeine Krankenanstalten übergeführt. Im Ganzen wurden in London 42119 Krankentransporte zu Lande ausgeführt, die einzelnen Wagen besorgten 28184 Fahrten, wobei sie rund 260367 englische Meilen zurücklegten.

Zu und von den Hospital Ships beförderten die Dampfboote 1468 Personen. Von diesen waren 11 Kranke, die zu den Krankenschiffen, 6 Genesende, die von diesen zurückkamen, und 1451 andere Personen, Besucher, Beamte u. s. w.

Name (Vor- und Zu-) des Kranken.....  
 Alter des Kranken..... Geschlecht.....  
 genaue Angabe der Wohnung<sup>1)</sup> des Kranken .....

Wenn sich der Kranke in einem Krankenhause befindet:

- a) Angabe des Ortes, von welchem der Kranke dorthin gebracht wurde .....
- b) Datum des Tages, an welchem der Kranke dorthin gebracht wurde .....
- Name der ansteckenden Krankheit, an der der Kranke leidet .....

Angabe, ob sich der Fall ereignet hat:

- a) In der Privatpraxis des das Zeugniß ausstellenden Arztes .....
- b) In seiner Thätigkeit als Medicinalbeamter einer öffentlichen Körperschaft oder Anstalt, und wenn dies der Fall, anzugeben, in welcher Körperschaft oder Anstalt .....

Ausgestellt am .....  
 gezeichnet) .....  
 Wohnung .....

ten ..... 18  
 ..... praktischer Arzt.

Anmerkung. Dieses Zeugniß muss sogleich (bei Vermeidung einer Strafe von mindestens 40 Schillingen) in die Kanzlei oder Wohnung des Medicinalbeamten vom Arzt, welcher den Kranken behandelt oder zu ihm gerufen wird, gesendet werden, sobald der Arzt erkennt, dass der Kranke an einer ansteckenden Erkrankung leidet, auf welche der Paragraph Anwendung findet; nämlich eine der folgenden Krankheiten: Pocken, Cholera, Diphtherie, Croup, Erysipelas, Scharlach, Flecktyphus, Unterleibstypus, Rückfallfieber, Febris continua, Wochenbettfieber oder irgend eine andere ansteckende Krankheit, auf welche in jenem District der § 55 der Sanitätsordnung für London von 1891 Anwendung findet.

<sup>1)</sup> Dient ein Schiff, Boot, Zelt, Hütte oder ähnliche Baulichkeit als Behausung, so ist Name oder Bezeichnung der Wohnung und der Name des Platzes, wo sie gelegen, anzugeben.

Seit dem Jahre 1881, in welchem das erste städtische Hospital ansteckende Kranke eröffnet wurde, sind bis Ende 1899 von ihren hausungen in die Krankenhäuser 201547 Kranke befördert worden. Pockenranke und -Genesende wurden 35603 transportirt. Mit den deren Transporten von Reconvalescenten, sowie Patienten, welche andere Hospitäler etc. befördert wurden, erreichte die Inanspruchnahme der städtischen Krankentransportanstalten seit 1881 im Ganzen Zahl 390120.

Da wohl die Einrichtung des Londoner Krankentransportdienstes ansteckende Kranke die grossartigste der Welt ist, was sich hauptsächlich durch die erheblichen zur Verfügung stehenden Geldmittel erklärt lässt, so will ich denselben noch weiter darlegen, indem ich aus meiner Arbeit, welche wohl die erste in Deutschland erschienene ist, welche diese Dinge näher erörtert, die betreffende Beschreibung entnehme.

Die Krankentransportstationen stehen mit den Krankenhäusern räumlich in Verbindung, ferner wird eine Anzahl der Nurses des Hospitals als Ambulance Nurses der Transportstation zur Begleitung der Kranken während der Fahrt zur Verfügung gestellt.

„Im Uebrigen hat die Station eigene Verwaltung unter einem Superintendenten, welcher dem Ambulance Committee des Metropolitan Asylums Board unterstellt ist, und liegt ausserhalb des Grundstücks des Hospitals mit besonderem Eingang, aber dem Krankenhause dicht benachbart, dass nur eine Mauer beide Gebiete von einander trennt. . . .

Ich will als Beispiel die Brook Ambulance Station beschreiben:

Am Eingange befindet sich die Canzlei mit verschiedenen Fessprechern zum Hauptamt des Metropolitan Asylums Board, zum Staatsverkehr u. s. w. Hier wird auch genau über alle mündlich eingehenden Meldungen Buch geführt, und in Listen sorgsam die Abfahrts- und Rückkehrszeit der Wagen, die von jedem zurückgelegte Entfernung, Name des Meldenden und Alter und Wohnung des Kranken, des Kutschers, der Nurse, Bezeichnung der Krankheit und der Zeit, zu welcher der Kranke im Hospital eingeliefert wurde, eingetragen. Die gesammte Buch- und Listenführung für die Meldung, Beförderung und Krankenhausaufnahme eines ansteckenden Kranken in London ist derartig ein- und weitgehend, dass es nicht für jeden Fremden ganz leicht ist, sich aus und allen Formularen, welche für diese Zwecke erforderlich sind, zurechtzufinden. Tritt man auf den Hof hinaus, so liegen zur rechten Seite zunächst Ställe für acht Pferde, dann folgt Futterraum, je eine Lederkammer mit dem Zeug für täglichen Gebrauch und zur Reserve und wiederum Stallungen für acht Pferde. Die Lederkammer mit dem Reservezeug gewährt mit ihren in Reihen geordneten, zur Beschirrmung der Pferde erforderlichen Stücken, deren jedes mehrfach vertreten ist, einen geradezu glänzenden Eindruck. Die im täglichen Gebrauch befindlichen Gegenstände sind weniger neu, aber peinlich sauber. Die Pferde selbst sind ausgesucht schöne Thiere, ihre Stallungen sind so sauber wie die Wohnräume des Personals gehalten. Hinter den Ställen lie-

mannliche Personal der Anstalt, eigene Waschküche mit allen  
schaften zur Behandlung der Wäsche dieses, und weiter zum Ein-  
versammlungsräume (Sitting Rooms) für das Personal. Im Ober-  
finden sich die Schlafräume und Badeanstalt für die Mannschaften  
n). Jeder vom Dienst kommende Mann nimmt zuerst ein Bad  
ritt erst dann die übrigen Räume, welche für jeden Einzelnen  
sind. Die Wände bestehen aus gebohtem Holz, jeder Raum  
ein Bett und die sonst erforderlichen Ausrüstungsgegenstände.  
amte Anlage besteht aus Backsteinbauten, um möglichst grosse  
herheit zu gewähren. Die Lüftung aller Räume wird durch die  
bewirkt, welche von oben und unten her nach der Mitte über  
geschoben werden können. . . .

e Kutscher und Begleiter der Wagen tragen die Uniform der  
n des Metropolitan Asylums Board, welche durch das Monogramm  
zu beiden Seiten des Kragens und an der Vorderseite der Mützen  
h gemacht ist. Jeder männliche Begleiter zieht vor jedem Trans-  
nen waschbaren Anzug über; muss auch der Kutscher beim Tragen  
nken zugreifen, so hüllt er sich in einen Kautschukanzug. Diese  
sofort nach Rückkehr zur Station an besonderen Stellen im  
choss des Hauses angehängt. Im Inneren haben die Röcke  
gen besondere Abzeichen, einen rothen Strich für Benutzung bei  
ch, einen schwarzen Strich für Diphtherie, ein rothes Kreuz für  
bstyphus. Die Röcke hängen an einer Wand in drei Abtheilungen  
inander, welche durch schwarze Striche oberhalb der Haken an  
nd hergestellt sind. Sie werden wöchentlich einmal gewaschen,  
durch diese Aufbewahrungsart nicht mit einander in Berührung  
sollen (?) . . . .

e Vorschriften für die Ausführung der Krankentransporte seitens



Wohnung des Kranken und Art der Erkrankung genau die Zeit der Telephonmeldung enthält, welche mit farbigem Uhrstempel vermerkt wird. Dieser befindet sich auf der Rückseite einer Taschenuhr; die aus Gummi gefertigten Zeiger werden selbstthätig von den vorderen Uhrzeigern auf die aus Gummi bestehenden Ziffern des Zifferblattes eingestellt. Der Aufsichtsbeamte meldet sogleich mit Fernsprecher der der Wohnung des betreffenden Kranken zunächst gelegenen Ambulance Station die Adresse des Kranken und von der Canzlei der Station wird dann der Befehl zur Ausführung des Transportes ertheilt. Nur Kranke mit Pocken, Diphtherie und Fiebern (Enteric, Scharlach, Relapsing etc.) dürfen in die Krankenanstalten des Board aufgenommen werden.

In der Nähe der Stationen Wohnende können die Meldung auch direct in der Canzlei derselben anbringen, wie dies auch während der Nachtzeit, von 8 Uhr Abends bis 9 Uhr Morgens, erforderlich ist. Jeder Meldung ist der Name des Meldenden zuzufügen; ohne ärztliches Zeugniß, welches die Art der ansteckenden Krankheit bescheinigt, darf die den Wagen begleitende Ambulance Nurse keinen Patienten zum Transport aufnehmen, wenn sie nicht besonders hierzu beauftragt ist. Die Kranken müssen alle Werthsachen und Geld in ihrer Behausung belassen, dürfen nur mit leinenen Unterkleidern versehen sein. Sie werden vor dem Transport in Tücher gewickelt, welche die Nurse von der betreffenden Station mitzubringen hat. Die Wärterin hinterlässt in der Wohnung, aus welcher der Kranke geholt wird, einen Schein, welcher den Namen des Krankenhauses, in welches der Kranke gebracht wird, und auf der Rückseite die Anordnungen, welche Besucher des Kranken im Spital zu befolgen haben, enthält. Ausserdem wird mit dem Kranken ein Schein im Hospital abgeliefert, während ein zweiter bezüglich Bemerkungen für Kutscher und Wärterin enthält und auf der Transportstation nach Rückkehr abgegeben wird. Beide Scheine hängen zusammen und werden von einander und vom Abschnitt, der im Buche zurückbleibt, in durchlochten Linien getrennt. Sie werden in Rothdruck für Pockenranke, in Schwarzdruck für die übrigen Kranken hergestellt.

Die Krankentransportwagen des Metropolitan Asylums Board können auch zur Beförderung von ansteckenden Kranken (mit Pocken, Cholera, Diphtherie, Croup, Erysipel, Scharlach, Flecktyphus, Unterleibstypus, Rückfallfieber, Febris continua und Wochenbettfieber) an andere Plätze als die Hospitäler des Board, von einer Wohnung in die andere oder in ein Privatkrankenhaus benutzt werden. Auch in diesem Falle ist ein ärztliches Zeugniß, welches der Kutscher des Wagens erhält, erforderlich. Die Kosten für einen solchen Transport (welcher also meistens nur von Zahlungsfähigen beansprucht wird) betragen einschliesslich der Zahlung für einen männlichen Begleiter, welcher mitfährt, falls der Kranke älter als 10 Jahre ist, fünf Schillinge, für welche der Kutscher Quittung ertheilt. Ein Angehöriger darf den Kranken auf dem Transport begleiten und wird auf Wunsch nach dem Orte, woher der Patient gebracht wurde, zurückbefördert. Auch eine Nurse kann, wenn gewünscht,



in öffentlichen Fuhrwerken, und von Kranken selbst, solche zu benutzen. Hat eine solche Benutzung dennoch statt-  
so soll der Kutscher oder Eigenthümer des Wagens, sobald Kenntniss erhält, der Sanitätsbehörde bezügliche Meldung er-  
lamit das Gefährt desinficirt werden kann. Im Unterlassungs-  
der Kutscher fünf Pfund Strafe zu zahlen, ihm steht aber das  
, sich an der beförderten oder derjenigen Person, welche den  
: veranlasst hat, schadlos zu halten, so dass ihm jeder Verlust  
gaben, welche in Verbindung mit der Desinfection stehen, ge-  
rden. Die Sanitätsbehörde hat die Pflicht, auf Erfordern der  
oder Eigenthümer der Wagen für deren kostenlose Desinfection  
tragen.

humanen Sinn, von welchem alle Anordnungen der Behörden  
nd für die Kranken zeugen, beweist unter Anderem der Um-  
ass die gute Ankunft im Krankenhaus auf besonderem For-  
m Chefarzt den Angehörigen des Kranken mitgetheilt wird. In  
Weise wird Meldung von gefährlicher Verschlimmerung des Zu-  
les Kranken gemacht, damit die Angehörigen den Betreffenden  
en können. Der Verwalter des Krankenhauses setzt sich  
t dem Leiter der Transportstation in Verbindung, um den  
1 die Möglichkeit zu gewähren, im Wagen zum Hospital  
ick zu gelangen. Für gewöhnlich dürfen nur zwei Besucher  
nen Kranken, dessen Befinden gefährlich ist, besuchen; jeder  
darf höchstens eine Viertelstunde lang beim Kranken verweilen“.   
erkenswerth ist, dass auch Personen, welche Kranke in den  
rn besucht haben, nach ihrer Entfernung aus dem Krankenhaus  
es öffentlichen Fuhrwerkes bedienen sollen, wenigstens ist dieses  
uf den Formularen aufgedruckt. In welcher Weise es durch-



und Wohnung bei kleinen Kindern geachtet. Jeder dieser Transporte wird von einer Nurse begleitet. . . .

Unter besonderen Umständen kann der Chefarzt bestimmen — er muss hiervon mit Angabe der Gründe dem Clerk des Metropolitan Asyl Board Mittheilung machen —, dass der Kranke im Krankenwagen nach Hause befördert wird.

Aus den Genesungshäusern (Convalescent Fever-Hospitals) werden die Kranken nach der Bestimmung des Chefarztes entlassen. Die Angehörigen werden benachrichtigt nach dem am bequemsten gelegenen Fever-Hospital mit Kleidungsstücken für den Patienten zu kommen, und auch die Leiter der Ambulance Stationen, die einzelnen Patienten abzuholen veranlasst. Erscheinen die Angehörigen nicht, so werden die betreffenden Kranken nach dem Arbeitshause gebracht. Listen mit den Namen der Kranken werden in jedes Hospital gesendet und der Ambulance Nurse vom Dienst eingehändigt. Der Clerk kündigt den Cheärzten der Hospitäler, zu denen die Kranken entlassen werden, die Zeit der Ankunft der Genesenden an; die Chefärzte entsenden in jeden Krankenwagen eine Nurse zu den Genesungshäusern. Die Genesenen dürfen nicht die Fever-Hospitals, aus denen sie zur Entlassung kommen, sondern nur den für die Entlassung bestimmten Raum zum Zwecke des Badens und Einkleidens in ihre eigene neue Kleidung betreten. Für die Ausführung und Innehaltung aller dieser Verordnungen ist die Ambulance Nurse verantwortlich. . . .

Die Ambulance Nurses haben besondere Vorschriften, von denen einige bereits oben erwähnt sind. Der Inhalt der übrigen erhellt aus den folgenden Angaben.

Im Aufenthaltsraum der Nurses darf keine Handarbeit ausser Nähen und Stricken von Unterzeug und Anzügen für den Hospitalgebrauch ausgeführt werden; alle dort verfertigten Sachen sind vor dem Gebrauch zu desinficiren oder zu waschen. Die Wäsche darf nicht in der Spülküche gewaschen oder getrocknet werden. Bevor die Nurse sich zu einem Patienten begiebt, muss sie ins Buch im Amtszimmer der Ambulance den Namen des Krankenhauses eintragen, in welches der Kranke gebracht wird. Vor Ausführung des Transportes prüft sie den Inhalt des Erfrischungskastens. Unmittelbar nachdem sie den Auftrag erhalten, holt sie von der Nurse vom Dienst die nöthige Kleidung und Papier. Im Ablieferungsschein, welchen sie von der Station erhalten, müssen alle den Kranken betreffenden Angaben genau vermerkt sein. Stimmt der Name der Krankheit auf diesem Scheine nicht mit dem auf dem ärztlichen Zeugnisse überein, so darf sie den Kranken nicht transportiren, sondern muss zurückkehren, den Chefarzt des Hospitals und den Leiter der Transportstation benachrichtigen und weitere Befehle abwarten. Sie füllt ein für die Krankengeschichte bestimmtes Formular aus, welches die Nurse vom Dienst erhält. Die Patienten werden nach der Krankenanstalt gebracht, welche auf dem Schein der Nurse namhaft gemacht ist, und nur wenn das Befinden des Kranken während der Fahrt sich

so ist derselbe auszuführen; sieht der Arzt aber den Kranken und die Angehörigen wünschen den Transport, so darf sie diesen durchführen, wenn jene die Verantwortung für den Transport übernehmen. Widersetzen sich die Angehörigen der Beförderung des Kranken, muss die Nurse den Grund der Weigerung zu erfahren und jene bereden suchen, wenn der Kranke nicht zu krank für den Transport. Lehnen die Angehörigen dennoch ab, so soll sich die Nurse, möglichst, hierüber ein Schriftstück ausstellen lassen. Sind in ihrer mehrere Kranke zum Transport für denselben Wagen eingetragen, ist sie es nicht für wünschenswerth, wegen des Alters oder der Lage der Kranken alle auf einmal zu transportiren, so sind die dringenden Fälle zuerst und dann die übrigen zu besorgen, und das Geheiss in das Berichtsbuch einzutragen. Wird ein Kranker mit anderer Krankheit von einem General- oder Special-Hospital oder aus dem Hause zu seiner Wohnung gebracht und dort seine Aufnahme findet, so fährt der Kutscher zum nächsten Asylums Board Hospital, und die Nurse telephonisch weiteren Bescheid vom Centralamt erhalten. Ist daselbst kein verantwortlicher Beamter, so holt sie den Rath des nächsten Arztes betreffs weiterer Massnahmen mit dem Patienten ein“.

#### 6. Holland.

In Amsterdam Verunglückenden werden meistens in Räderwagen durch die Polizei nach dem Krankenhaus befördert, nachdem sie zuvor nach der nächsten Apotheke gebracht worden, von welcher aus die Polizei benachrichtigt wird.

#### 7. Italien.

In einzelnen Städten Italiens besonders Toskanas besorgt die „Mi-

von den Behörden, welche die Beförderung der ansteckenden Kranken unter eigene Verwaltung und Leitung genommen haben. In zahlreichen Orten des Landes, auch einzelnen solchen, wo ein behördlicher Krankentransport eingerichtet ist, bestehen freiwillige Rettungsgesellschaften, welche die Beförderung der Verunglückten und Verletzten besorgen.

In Wien war das Krankentransportwesen schon in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts so geregelt, dass in jedem Stadtbezirk Krankenträger den Polizeicommissariaten zur Verfügung gestellt wurden, welche mittelst Sänften, Tragbetten (s. S. 375) oder Tragsesseln die Kranken in die Krankenhäuser beförderten. In den 60er Jahren wurden auf Fahrbahnen zum Gebrauch eingestellt. Mit Einführung der Anzeigepflicht gegen Ende der 70er Jahre ergab sich die Nothwendigkeit besonderer Beförderungsmittel für ansteckende Kranke, für welche mit Zinkblech ausgekleidete, gespannte Wagen hergestellt wurden. Diese Wagen waren als Coupéwagen eingerichtet oder mit aufgehängten Tragbetten ausgerüstet und in besonderen Depots in jedem Bezirk eingestellt, wozu Kutscher und Pferde von einem Unternehmer bereit zu stellen waren. Durch diese Einrichtung ging viel Zeit verloren, um einen Krankentransport zu bestellen, indem das Polizeikommissariat, bei welchem der Transport bestellt wurde, telegraphisch die Krankenträger im Depot verständigte, welche die Bespannung herbeirufen mussten. Da die Coupéwagen den Transport der Kranken nur in sitzender Haltung oder durch Kinder auf den Armen des Krankenträgers ermöglichten, in den anderen Wagen aber abgesehen von dem Tragbette auch Sitze vorhanden waren, sodass in ihnen der Transport sowohl liegend als sitzend möglich war, blieben für den Transport der ansteckenden Kranken hauptsächlich die Wagen mit den hängenden Tragen in Verwendung. Die Wagen glichen der Beschreibung nach vollkommen denen, welche später von der freiwilligen Rettungsgesellschaft benutzt wurden. Die Trage, auf welcher der Kranke liegt, besteht aus Zinkblech, hat verstellbaren Kopfbrett, verschiebbare Tragstangen. Kinder werden mit einem Theil ihres aus der Wohnung entnommenen Bettzeuges transportirt. Für Erwachsene werden bei kühler Witterung Bettdecken mitgeführt, welche nach jedem Transport desinficirt werden. Vom Jahre 1892 an ergab sich für die Stadt durch die Eingemeindung einer Anzahl von Vororten in das Gemeindegebiet von Wien und durch bauliche Umgestaltungen die Nothwendigkeit einer Neugestaltung des Krankentransportwesens. Besonders wurde die Räderbahn abgeschafft, und versucht, den gesammten Krankentransport zu centralisiren. Vorläufig ist diese Absicht noch nicht vollendet, welche darin gipfelt, für ganz Wien 5 Centralstellen zu errichten, welche „Sanitätsstationen“ heissen, den Transport von ansteckenden und anderen Kranken aus den bestimmten Bezirken und auch die Dampfdesinfection für diese besorgen. Die Wagen und ihr beweglicher Inhalt werden nach jedem Transport in der Station desinficirt, in welcher für den Krankentransport und die Desinfection verschiedene Gebäude und Mannschaft auf einem Raume dienen. Vorläufig ist nur die Sanitätsstation i

**IX. Bezirk Gerhardusgasse** wie geschildert eingerichtet. 14 Krankentüger, 7 Kutscher, 2 Sanitätsaufseher, 1 Desinfectionsdiener sind im Dienste. Für ansteckende Kranke sind 7, für gewöhnliche Kranke 4 Wagen, im Ganzen 31 Wagen für Infectionskranke und 9 Ambulanzwagen in den einzelnen Stationen vorhanden, welche aber noch mit dem bei der anderen Stationen vermehrt werden sollen. Der Kranke wird in den Wagen von der Seite oder von hinten eingebracht, die Krankentüger hängen an Gurten oder ruhen auf Federn. Die Wagen werden nur für Einzeltransporte benutzt. In der Station Gerhardusstrasse sind bereits 14 Pferde eingestellt.

Die Rückseite ist zu beachten.

Das Ueberflüssige ist zu streichen.

### Spitalszettel

für die Ueberführung von Kranken in ein Wiener Krankenhaus mittelst der städtischen Krankenwagen.

(Für den Transport von Infectionskranken dürfen andere als communale Infectionswagen nicht benutzt werden.)

Name, Alter, Beschäftigung, Stand, Religion, Geburtsort, Zuständigkeit, Wohnung des Kranken.	Jahre alt .....			
	verheirathet (ledig, verw.) .....		katholisch (evang. mosaisch) .....	
	Gasse, Strasse .....		Bezirk .....	
	Platz .....		No. ....	Stiege .....
	Thür .....		Stock .....	
Deutsche Bezeichnung der bestimmt anzugebenden Krankheit und Angabe, ob dieselbe eine anzeigepflichtige Infectionskrankheit ist.	Ist eine anzeigepflichtige Infectionskrankheit? Ja. — Nein.			
Bei fieberhaftem Zustande ohne bestimmte Diagnose mit Verdacht auf eine Infectionskrankheit ist diese anzugeben.	Fieberhafter Zustand ohne bestimmte Diagnose. Verdacht auf .....			
Sachliche Begründung der Spitalsbedürftigkeit (Unabweisbarkeit)				
Begründung der sofortigen unaufschiebbaren Spitalsüberführung				

Wien, den  
Die Aufnahme in das  
Wien, den

19  
Krankenhaus wurde sicher gestellt.  
19

pr. Arzt.

K. k. Polizei-Commissariat.

Rückseite.Belehrung für die Partei.

Der vom behandelnden Arzte ausgefertigte Spitalszettel ist von der Partei (unter Mitnahme der die Zuständigkeit und die Zahlungspflicht nachweisenden Documente) auf dem zuständigen Polizei-Commissariate, bei unaufschiebbaren Ueberführungen auf der nächsten k. k. Sicherheits-Wachstube vorzuweisen und nach Sicherstellung des Bettes nebst der am Polizei-Commissariate erhaltenen Spitalsanweisung in der Krankenwohnung für den städtischen Sanitätsdiener bereit zu halten.

Bei der Sicherstellung der Spitalsaufnahme von der Sicherheits-Wachstube aus sind die die Zahlungspflicht und Zuständigkeit nachweisenden Documente den Sanitätsdienern zu übergehen.

Bei Transporten von Infectionskranken darf der Verkehr mit der Polizeibehörde nur von Personen besorgt werden, die mit  $\frac{\text{dem}}{\text{der}}$  Kranken nicht in Berührung gekommen sind.

Der hier abgedruckte Spitalszettel wird vom behandelnden Arzte ausgefüllt, auf das Polizeicommissariat oder in dringenden Fällen in entfernt gelegenen Bezirkstheilen auf die nächste Sicherheitswachstube gebracht, welche dann das Commissariat telegraphisch verständigt. Letzteres fragt im Spital nach dem Bett an und veranlasst telephonisch bei der Station die Ausführung des Transportes. Die Sanitätsdiener verständigen von jeder Beförderung eines ansteckenden Kranken den zuständigen Bezirksarzt, welcher schleunige Wohnungsdesinfection veranlasst. Im Jahre 1899 wurden durch die Sanitätsstationen und Depots 3052 Transporte ansteckender und 10320 Transporte anderer Kranker ausgeführt. Von Januar bis November 1900 betrugen die Zahlen 10071 beziehungsweise 2301.

Neben diesem behördlicherseits geordneten Krankentransportwesen ist noch der vorzüglich eingerichtete Krankentransportdienst der Wiener Freiwilligen Rettungsgesellschaft zu nennen, für welchen folgende Vorschriften erlassen sind, welche zum Vergleich mit den Verhältnissen bei anderen Gesellschaften hier abgedruckt werden sollen. Ausserdem sind noch private Krankentransportunternehmer vorhanden.

Dienstes-Vorschriften der Wiener Freiwilligen Rettungsgesellschaft für den  
Kranken-Transportdienst (1900).

Auf Grund des II. Abschnittes, § 2 lit. c, der durch die k. k. niederösterreichische Statthalterei bescheinigten Statuten ist die Gesellschaft ausschliesslich nur zu Transporten von Kranken und Verletzten bei plötzlichen Unglücksfällen auf den Gassen, Strassen, in öffentlichen Gebäuden und Anstalten, sowie bei Katastrophen aller Art verpflichtet.

Somit ist jeder andere Krankentransport als statutenwidrig abzulehnen.

Den Statuten entsprechende Kranken-Transporte sind:

Alle im Bereiche der ersten Hülfe liegenden Krankentransporte.

Ferner können nachfolgende Kranken-Transporte zur Durchführung gelangen:

Von der k. k. Polizeibehörde und den Herren praktischen Aerzten angesuchte Kranken-Transporte nur in eine Heilanstalt und nur dann, wenn ein unaufschiebbarer lebensrettender operativer Eingriff dringend nöthig erscheint, welcher letzterer ebenso wie die Transportfähigkeit des Patienten ärztlich bescheinigt sein muss.

Von den Directionen der öffentlichen Krankenanstalten angesuchte Kranken-Transporte in diese selbst oder die Transferirung in eine andere Krankenanstalt.

Der Transport von Geisteskranken nach den bestehenden speciellen Vorschriften.

Für den Fall der Activirung eines Epidemiedienstes die Transporte von Epidemiekranken für die Krankenhäuser und für Private in den eigens für diesen Zweck bereit gehaltenen, gänzlich isolirten Kranken-Transportwagen und von einem besonders hiefür bestimmten Sanitätspersonale.

Alle diese Krankentransporte nur im Polizei-Rayon von Wien und mit Ausnahme des Punktes 1 nur dann, wenn ein ärztliches Parere über die Transportfähigkeit (im Punkt 3 ausdrückliche Betonung der unaufschiebbaren lebensrettenden Operation im Parere) vorliegt.

Unter allen Umständen abzuweisen sind:

Alle Transporte von Kindern unter zwölf Jahren (mit Ausnahme derjenigen Fälle, wo gleichzeitig erste Hülfe geleistet wird).

Alle Transporte von Kranken, die mit Infectionskrankheiten behaftet sind (unter normalen Sanitätsverhältnissen).

Alle Transporte, wo kein ärztliches Parere vorliegt (mit Ausnahme der ersten Hülfe).

In allen diesen Fällen ist der um einen solchen Kranken-Transport ansuchende Partei die nachfolgende Auskunft zu geben.

„Die Wiener Freiwillige Rettungs-Gesellschaft führt ihren Statuten gemäss nur in die Privatpflege fallende Kranken-Transporte aus; zu solchem Zwecke existiren in Wien private Kranken-Transport-Unternehmungen für Bemittelte, und für unbemittelte die städtischen Sanitäts-Transportmittel, welche am jeweiligen Bezirksorte des Wohnortes der zu transportirenden Person requirirbar sind. Ebendort befehlen sich auch die Wagen zum Transporte Infectionskranker“.

Das ärztliche Parere für die Ausführung eines Kranken-Transportes muss die folgenden Punkte enthalten:

1. Vor- und Zunahme und Wohnort des zu Transportirenden.
2. Art der Erkrankung.
3. Transportfähigkeit des Patienten.
4. Ausdrückliche Angabe, dass es sich um keine Infectionskrankheit handelt.
5. Genaue Angabe des Ortes, wohin der Patient zu transportiren ist.
6. Angabe des Tages und der beiläufigen Stunde, um welche die Ausführung des Transportes gewünscht wird.
7. Angabe, ob der Patient in gestreckter Lage oder in sitzender Stellung transportirt ist.

Mit Ausnahme der „Erste Hülfe“-Transporte und solcher, welche dringendst zu leisten erscheinen, ist die Gesellschaft nicht in der Lage, sich in Bezug auf die Zeit der Ausführung an eine bestimmte Stunde zu binden, und sind derlei Transporte, je nachdem es der Dienst zulässt, ausführen zu lassen.

In zweifelhaften Fällen und in besonderen Ausnahmefällen, welche dem die Führung habenden Herrn Arzte einer besonderen Berücksichtigung werth erscheinen, ist die ansuchende Partei anzuweisen, sich mündlich oder schriftlich an den Chefarzt und Leiter zu wenden.

In sehr dringenden solchen Fällen kann sich der die Führung habende Arzt mit dem Chefarzte und Leiter auf kurzem Wege in Verbindung setzen.

Bei Kranken-Transporten in Spitäler (specielle Abtheilungen) und in Privat-Kranken-Anstalten ist ausser dem ärztlichen Parere von der um den Transport ansuchenden Partei auch die gesicherte Aufnahme des Patienten in der betreffenden Anstalt schriftlich beizubringen.

Hinsichtlich des Transportdienstes werden im Allgemeinen die nachfolgenden Vorschriften festgesetzt:

1. Es ist den Sanitätsdienern, welche Kranken-Transporte was immer für einer Art begleiten, strengstens untersagt, während oder nach den Transporten bei Wirths- oder Kaffeehäusern „Halt“ zu machen.

2. Es ist bei der Ausführung von Kranken-Transporten jeder Art mit der Zeit möglichst zu sparen und nie länger am betreffenden Orte zu verweilen, als es unbedingt nöthig ist.

3. Bei jedem Transporte in Spitäler ist dem Sanitätsdiener, welcher den Transport begleitet, ein vom Arzte ausgefüllter Meldezettel mitzugeben, worin alle besonders wichtigen Einzelheiten über den zu Transportirenden in Kürze einzutragen sind.

4. Mit jedem Kranken oder Verletzten muss bei der Ankunft im Spital stets vor der Aufnahmskanzlei des Spitales „Halt“ gemacht werden, dann das ärztliche Zeugniß und der Meldezettel in der Kanzlei präsentirt und der dort aufgenommene Kranke ordnungsgemäss mit seinen Effecten übergeben werden.

5. Die Effecten des Patienten sind nur gegen Empfangsbestätigung zu übergeben.

6. Die Abtheilung, in welche der in ein Spital gebrachte Kranke aufgenommen wurde, ist zu notiren und bei der Rückkehr im Journal-Zimmer zu melden. Ebendort ist auch eine eventuell erhaltene Effecten-Bestätigung abzugeben.

7. Jeder vorgemerkte Kranken-Transport ist im Kranken-Transport-Vormerkbuche, welches in Juxtenform angefertigt ist, in duplo genau einzutragen und die Juxta sammt ärztlichem Parere und eventueller Aufnahmszusage in dem hiefür bestimmten Orte zu affichiren. Auch im Journalbuche ist die Vormerkung eines Kranken-Transportes pünktlichst einzuschreiben und derselbe stets dem nachfolgenden Führer zu übergeben.

8. Telegraphisch angesuchte Kranken-Transporte, insbesondere von Bahnhöfen, welche statutenwidrig oder ungenau sind, sind gleichfalls auf telegraphischem Wege an die ansuchende Partei selbst abzulehnen.

Ist wegen baldiger Ankunft des Zuges hiezu keine Zeit mehr, so ist die Polizei-Inspection des betreffenden Bahnhofes von der Ankunft des Patienten zu verständigen und dieselbe zu ersuchen, die Partei aufzuklären, dass die Wiener Freiwillige Rettungsgesellschaft keine privaten Kranken-Transporte ausführt, im Bedarfsfalle aber die Sanitäts-Station zu rufen.

Alle Kranken oder Verletzten, welchen von Seiten der Gesellschaft die erste Hülfe geleistet wird, sind in das dem Unfallsorte zunächst gelegene Spital zu überführen, es sei denn, dass die Kranken selbst oder deren Angehörige, endlich auch ein vor unserer Ankunft anwesender Arzt das Ansuchen für ein bestimmtes Hospital oder für den Transport in die Wohnung stellen.

Bezüglich des Verkehrs der Wiener Freiwilligen Rettungsgesellschaft in den Aufnahms-Kanzleien der Krankenhäuser hat die hohe k. k. Statthalterei mit Erlasse vom 31. Mai 1886, Z. 27651, Nachstehendes eröffnet:

„Die Functionäre der Freiwilligen Rettungsgesellschaft haben in den Fällen wo ihre Wirksamkeit sie mit den in den hiesigen Krankenanstalten angestellten Aerzten, Beamten und Dienern zusammenführt, was dann geschieht, wenn von den Functionären der Gesellschaft ein Verunglückter in eine k. k. Krankenanstalt über-



bracht wird, umsomehr Anspruch auf freundliche Begegnung, als die Wirksamkeit der Freiwilligen Rettungs-Gesellschaft, wie die dienstliche Aufgabe aller Angestellten der Krankenanstalten den gleichen Zweck, nämlich die Gewährung möglicher Hilfe für Kranke und Verletzte zum Gegenstand hat.

„Selbstverständlich kann von dem Grundsatz, dass alle Kranken oder Verletzten, für welche die Aufnahme in eine Wiener Krankenanstalt angesucht wird, zuerst in die Aufnahmskanzlei zu bringen sind, auch bei den durch die Freiwillige Rettungs-Gesellschaft dahin überbrachten Verunglückten keine Ausnahme gemacht werden. Von dem Augenblicke an, in welchem ein Kranker oder Verletzter in die Aufnahmskanzlei des k. k. Krankenhauses überbracht ist, falls derselbe zur Aufnahme in den Krankenstand überhaupt geeignet ist, ist die Function der Freiwilligen Rettungs-Gesellschaft zu Ende und hat daher die Uebertragung des Kranken oder Verletzten in das betreffende Krankenzimmer nicht durch die Organe der Rettungs-Gesellschaft, sondern durch jene des Krankenhauses zu erfolgen“.

9. Zufolge eines Uebereinkommens mit dem Alpinen Rettungs-Ausschusse ist die Central-Sanitäts-Station der Wiener Freiwilligen Rettungs-Gesellschaft die Central-Meldungsstelle für eventuelle in den Bergen vorkommende Unglücksfälle, und übernimmt dieselbe den Transport eventuell in den Bergen verunglückter Personen von den Bahnhöfen.

Etwa einlaufende diesfällige Meldungen sind daher sogleich auf schnellstem Wege an den Obmann des Alpinen Rettungs-Ausschusses, dessen genaue Adresse stets in der Sanitäts-Station affichirt ist, weiterzugeben.

Die Transporte von Irrsinnigen sind durch besondere Vorschriften geregelt.

Die Gesellschaft hat seit ihrem Bestehen vom 9. December 1881 bis Ende 1900 70444 Krankentransporte ausgeführt.

Für die Vororte Wiens ist noch eine freiwillige Organisation für die Krankenbeförderung zu erwähnen, welche der Zweigverein Wiener Neustadt des „Rothen Kreuzes“ eingerichtet hat, bei welcher der Krankentransport gleichfalls nach bestimmten Grundsätzen erfolgt. Der Plan derselben wird beim „Rettungswesen“ ausführlich dargelegt werden.

In Budapest besorgt den Transport der ansteckenden Kranken die Behörde und zwar die „hauptstädtische Central-Desinfectionsanstalt“ mit ihrem Personal, Krankenwagen und Pferden nach einem Normativ, dessen wichtigste Paragraphen folgende sind.

§ 1. In das Bereich der Central-Desinfections-Anstalt gehört der Transport von folgenden Infections-Krankheiten leidenden Kranken:

1. Cholera asiatica, 2. Typhus abdom., Febris recurrens, Typhus exanthem., 3. Variola, Variolois, 4. Scarlatina, 5. Diphtheritis, Croup, 6. Febris puerperalis, 7. Anthrax, 8. Malleus, 9. Lyssa, 10. Dysenteria, 11. Morbilli, 12. Tussis convulsiva, 13. Varicella, 14. Erysipelas, 15. Parotitis epidemica, 16. Meningitis cerebro-spinalis epidemica.

§ 2. Die Anordnung des Transportes von Infections-Kranken gehört zur Competenz der Bezirks-Vorstände, resp. ihrer Physikuse und Bezirks-Aerzte.

Den Transport Infections-Kranken können einzelne Spitäler bitten, wenn zwischen deren Kranken ein Infections-Fall vorkommt, weshalb im Interesse der Absonderung

von den übrigen Kranken der Transport in ein für die Aufnahme von Infections-kranken berechtigtes Spital nöthig wird.

Die Uebersiedelung eines Infections-Kranken aus einer Privatwohnung in eine andere (Uebersiedelung, Wohnungs-Wechsel) können auch die interessirten Angehörigen bitten, müssen aber in diesem Falle von den Bezirks-Vorständen, wohin derjenige infolge seiner jetzigen, wie auch künftigen Wohnung gehört, eine schriftliche Transport-Erlaubniss verlangen, und diese dem Central-Desinfections-Institut vorlegen.

In Fällen, die keinen Aufschub dulden, ist es dennoch erlaubt, die schriftliche Erlaubniss nachträglich vorzulegen.

Der Transport acuter Infections-Kranke aus Privat-Wohnungen in Spitäler kann auch jeder für Praxis berechtigter Arzt von der Central-Desinfections-Anstalt verlangen.

Wenn die Angehörigen des Kranken gegen den Transport protestiren, so kann die Central-Desinfections-Anstalt den Transport nicht vornehmen, sondern sie ist verpflichtet, dem competenten Bezirks-Vorstand sofort die Meldung zu erstatten. In ihrem Bereiche hat die Central-Desinfections-Anstalt nicht das Recht den Kranken mit Gewalt wegführen zu lassen.

§ 3. Die Gesuche um das Vornehmen des Transportes acuter Infections-Kranken sind schriftlich oder per Telephon an die Direction der Central-Desinfections-Anstalt zu richten. Aber wenn auch das Ersuchen per Telephon geschehen ist, ist es dennoch nothwendig, dass das schriftliche Ersuchen nachträglich der Direction zugesendet werde.

Der Transport der Kranken ist nach dem Ersuchen wo möglich sofort vorzunehmen, aber am spätesten in 6 Stunden nach dem Ersuchen. Transporte dringender Natur sind aber ausser der Tour zu erledigen, weshalb genügende Personale und Wagen ständig in Bereitschaft zu halten sind.

§ 4. Der Wagen, auf welchem der Kranke transportirt wurde, wie auch die Desinficirenden, die den Transport vorgenommen haben, sind nach ihrer Rückkehr in die Anstalt den Verordnungen gemäss sofort zu desinficiren.

§ 5. Um die Infection der Kranken durch andere Krankheiten zu verhindern, sind die diversen Infections-Fälle auf besonderen Wagen zu führen. Demgemäss besitzt die Anstalt in genügender Zahl Kranken-Transport-Wagen, welche von einander durch Buchstaben unterschieden werden.

Die Krankenwagen werden nach dem Transport mit 1 prom. Sublimatlösung gewaschen, das Personal reinigt und desinficirt sich durch Bäder und mit Sublimat, die Kleider werden durch strömenden Dampf desinficirt. Die Krankenwagen haben im Innern Eisenblechbelag, ebenso sind die Tragen mit Blechüberzug versehen. 13 der Wagen haben Omnibus-, 2 Fiakerform. Letztere haben keine Tragen. Die Wagen zur Beförderung von Kleidern und Geräthschaften der Kranken sind gross, innen aus hartem Holz hergestellt. Die Beförderung von ansteckenden Kranken in öffentlichen Fuhrwerken ist verboten. Die Wagen und Pferde sind in eigenen Remisen und Stallungen untergebracht. Der Transport erfolgt stets kostenlos. Die Anstalt wird von der Stadt unterhalten, erhält aber die Hälfte ihrer Auslagen vom „Landeskrankenverpflegsfond“ durch die Regierung vergütet. Das hauptstädtische Oberphysikat überwacht das Krankentransportwesen.

Ausserdem besorgt die Budapester Freiwillige Rettungsgesellschaft

nen, einer mit seitlicher, der andere mit hinterer Einladung. Vorrichtungen, um im Nothfalle auch gewöhnliche Landauer in einfacher Weise zu zweckmässigen Transportmitteln zu gestalten, sind bereitgestellt.

Coupé ist zum Transport von Geisteskranken eingerichtet, und zwar h dem Muster des Wiener Modells, welches ich an dieser Stelle be reibe. Dasselbe hat keine Fenster, ist innen mit Kautschuck gestert und erhält durch seitwärts ganz oben angebrachte, vergitterte ffnungen Licht. Es hat rückwärts eine Thür, welche von innen nicht ffnet werden kann, und im Inneren zwei Sitzplätze. Mittelst zweier icken kann der Begleiter den Kutscher oder Diener auf dem Bock achrichtigen. Allerdings ist man in Wien und zwar aus vollkommen tigen Gründen von der Benutzung des Wagens abgekommen, da es besser erscheint, Geisteskranke in nicht auffälligen Wagen zu be lern. Sämmtliche Wagen sind im Winter geheizt. Nach jedem nsport wird jeder Wagen desinficirt. Ferner sind zweirädrige Hand gen, ein Omnibus (für Massenunfälle), 74 Tragbahren und 4 Feder sel vorhanden.

Die in noch anderen Städten bestehenden freiwilligen Rettungsge schaften (siehe später) besorgen die Beförderung der Verunglückten Kranken.

#### 9. Russland.

Die Freiwillige Rettungsgesellschaft in Lodz, welche über eine An l von Krankenwagen nach Wiener System verfügt, hat hier die Be lderung der Verunglückten geordnet. Zu jedem gemeldeten Unfall rt ein Arzt heraus und befördert den Verunglückten nach der Sanitäts tion, dessen Wohnung oder nach dem Krankenhause.

In Warschau besteht seit 1896 eine freiwillige Rettungsgesellschaft,

hause vorhanden und wurden gegen Entgelt verliehen. Die Gesellschaft verfügt über 5 Wagen, 3 zur Beförderung von Verunglückten, einen für ansteckende Kranke, innen mit Blech ausgeschlagen und einen, welcher gegen Bezahlung Transporte besorgt. Die Wagen sind von hinten zu beladen und von beiden Seiten zu öffnen. Erforderlichenfalls können zwei Kranke mit einem solchen Wagen befördert werden. Aussen haben die Wagen gute Federn und Gummibelag an den Rädern, innen sind Gefässe mit desinficirenden Lösungen, an der Wagendecke eine Tragbahre mit Verbandtasche vorgesehen. Der Raum für die Verbandtasche enthält ferner Sprungtücher, Zwangsjacken und vollständige Ausrüstung mit Gegenständen, die bei der Beförderung von Neugeborenen nothwendig sind. Im Jahre 1900 wurden 2186 Patienten befördert, und zwar ausser Verunglückten 227 auf Bestellung.

#### 10. Schweden und Norwegen.

In Stockholm sorgt das zuständige Polizeiamt für die Beförderung der Kranken.

Die Polizei in Christiania verfügt über 2 Patrouillenwagen (New Yorker System), welche durch Aufstellung der im Wagen angebrachten Ständer, zwischen welchen eine durch besonderes Federsystem gegen Stoss geschützte Tragbahre aufgehängt wird, zur Krankenbeförderung eingerichtet werden können. Diese Wagen wurden am 13. November 1899 in Gebrauch genommen und waren bis Schluss des Jahres in 5 Fällen benutzt worden. Die Wagen können durch ein Zeichen vermittelt der in jedem Patrouillendistrict angebrachten 20 Signalkasten und ausserhalb dieser Districte durch die gewöhnlichen Fernsprecher angerufen werden. Die städtischen Krankenanstalten verfügen über 9 Krankenwagen, 3 für gewöhnliche und 6 für ansteckende Kranke. Sie sind für die Beförderung in sitzender und liegender Stellung eingerichtet. Diese Wagen werden auf Ersuchen vom Krankenhaus ausgesendet. Auch das staatliche Reichshospital und die privaten „Diakonhemmet“ und „Diakonissehuset“ besitzen Krankenwagen zur Abholung von Kranken. Die 1896 gegründete „Norske Koinders Sanitetsforening“, welche Sanitätsmaterial zum Gebrauch im Kriege und bei Unfällen im Frieden zu beschaffen, sowie Frauen über die erste Hülfe bei Unfällen zu belehren hat, hat einen privaten Krankenwagen, welcher auch ausgeliehen wird. In den 12 Polizeistationen der Stadt befinden sich Tragbahren für die Krankenbeförderung.

#### 11. Schweiz.

Der Schweizerische Samariterbund sorgt in vielen Städten für die Beförderung von Verunglückten und Kranken. An zahlreichen Stellen des Hochgebirges sind Transportmittel vorhanden, und besonders hat die Alpine Rettungsgesellschaft durch Errichtung von Stationen die Organisation des Transportwesens für Verunglückte gefördert.

### 12. Serbien.

Für die Beförderung von Verunglückten bestehen keine gesetzlichen Bestimmungen. Für den Transport von ansteckenden Kranken bestimmt Absatz 2 Art. 20 des Sanitätsgesetzes: „Jeder Kreis- oder Bezirksrat hat die Pflicht, zu sorgen, dass die Kranken, die an einer ansteckenden Krankheit erkrankt sind, in eine gesonderte Abtheilung des Krankenhauses gebracht werden.“ Ferner gewährt die Gemeinde der Stadt Transportmittel durch besondere Krankenwagen für Personen, welche verunglückt oder plötzlich erkrankt sind.

### 13. Türkei.

In einzelnen Polizeiwachen von Constantinopel sind Tragbahrendienste, welche zum Transport von Kranken ins Hospital dienen.

## III. Von aussereuropäischen Ländern

besonders die englischen Colonien zu nennen, in welchen durch Zweigeinrichtungen der St. John Ambulance Association Fürsorge für die Beförderung Kranker und Verunglückter getroffen ist. In ausserordentlichem Masse ist ferner in Nordamerika für das Krankentransportwesen Sorge getragen.

### 1. Bolivia.

Krankentragen sind im Polizeigebäude in Cochabamba in Bereitschaft.

### 2. Brasilien.

Die Stadt Bahia besitzt Sänften mit einem Sitzplatz für Kranke. In Rio de Janeiro sind Wagen für die Beförderung von ansteckenden Kranken.

### 3. Britisch Guaiana.

Am Küstenlande sind fast ausschliesslich Zuckerrohrpflanzungen, welche in einzelne Plantagen eingetheilt sind. Jede dieser beschäfftigt ostindische Arbeiter und ist verpflichtet, ein eigenes Hospital zu erhalten, welches von einem Heilgehilfen beaufsichtigt wird. Je 3—4 dieser Anstalten unterstehen der Obhut eines Arztes, welcher öfters täglich besucht. Die einzelnen Krankenanstalten sind nur 3—4 englische Meilen von einander entfernt, sodass, wenn Jemand auf der Landstrasse erkrankt, er von der Polizei dorthin befördert wird, wo auch alle 3—4 Meilen eine Station besitzt. Als Tragbahrendienste sind meistens 2 mit Segeltuch bespannte Bambusstäbe.

### 4. Canada.

In den grösseren Orten sind zahlreiche Krankenhäuser mit einem gut organisierten Ambulanzdienst versehen.

### 5. China.

In Hongkong hat jede Polizeistation Krankenwagen zur Verunglückter und Kranker, welche auch bei Sportwettkämpfen Bereitschaft stehen. Im eigentlichen China sind keine Einrichtungen für Beförderung von Kranken vorhanden.

### 6. Japan.

Seit alten Zeiten benutzt man hier „Kago“ zur Beförderung Kranken, d. h. Sänften, welche an Stäben hängend von 2 Personen auf den Schultern getragen werden. Für Reisende wurde „Sinrik“, ein räderiger Menschenkraftwagen, welcher an einer Deichsel vorwärtsbewegt wurde, vor Einführung der Eisenbahnen benutzt. Wird Kago jetzt gar nicht mehr verwendet. Das Gerath hat von 4 Fuss, Breite von 3 Fuss und Höhe von 1 Meter. Es besteht aus Holz und Bambus. Beide Seitenwände können herausgezogen werden, um das Einsteigen zu erleichtern. Auf dem Boden liegen gewöhnlich weiche Decken, eine Lehne ist vorhanden. Die Decke des Raumes ist wasserdicht, sie ist mit 2 eisernen Haltern versehen, durch welche eine Leine aus Kiribaum hindurchgesteckt wird. Die Enden der Stäbe werden von 2 Trägern auf den Schultern getragen. Aehnlich gebaut ist das „Sinrik dai“ (Wagen mit Rädern), aber ohne Seitenwände und Decke. Das Gerath ist ein langer und schmaler Kasten, an den Enden befinden sich hervorstehende Stützen, an welchen Bambusstäbe befestigt sind, welche reifenförmig nach oben hervorragen. Oben wird durch diese Leine eine Stange durchgeführt, und über diese dann eine wollene Decke, welche so das Innere des Geraths abschliesst. Die Kago werden jetzt besonders für die Beförderung von Schwerkranken während in Sinrikisha Gesunde oder Leichtkranke, welche transportirt werden. Ausserdem werden Tragen in Japan benutzt, seit etwa 25 Jahren aus Deutschland eingeführt sind. Die Beförderung von ansteckenden Kranken in dem öffentlichen Verkehr durch diese Beförderungsmittel ist verboten.

### 7. Kapland.

In allen grösseren Plätzen des Landes sind mit Pferden bespannte Krankenwagen vorhanden, an kleineren Orten Tragbahnen. In den Städten werden Verunglückte zum „Casualty Ward“ (Rettungswache) nachdem ein Transportgerath herbeigeholt ist.

### 8. Mexiko.

Die Einrichtungen sind noch nicht sehr zahlreich. In Guadalajara sind 6 Tragbahnen zur Beförderung von Verwundeten vorhanden. Unten zur Aufnahme des Kranken benutzter Theil aus verzinktem Blech besteht, während oben ein Schutzdach aus Segeltuch

Bei Verletzungen, welche häufig sind, ist stets erst ein Protokoll den Thatbestand aufzunehmen. Die auf den Strassen aufgestellten Retter rufen durch Weitergabe der betreffenden Meldung an die Retter die Trage herbei und besorgen die Ueberführung des Patienten ins Hospital. Von den in der Nähe der Stadt gelegenen Rettern werden Verunglückte in das Krankenhaus der Grube befördert, in ein solches — wie bei einzelnen Gruben — vorhanden. Meistens werden Verletzte ins städtische Krankenhaus gebracht, zu welchem Zweck aus Stangen und Decken eine Tragbahre improvisirt wird.

### 9. New Fundland.

Die Polizei hat das Krankentransportwesen eingerichtet. Es steht Jedem im Gebrauchsfalle zur Verfügung.

### 10. Vereinigte Staaten von Nordamerika.

In den meisten Staaten sind Transportmittel für die Kranken in den Hospitälern untergebracht. Ferner sind in zahlreichen Städten eigene „Emergency Hospitals“ vorhanden.

In Detroit Mich. stehen in den privaten Hospitälern Krankenwagen für ansteckende Kranke. Ein besonderer Wagen ist für Pockenranke vorgesehen.

Jedes Krankenhaus in San Francisco hat Krankenwagen für Verunglückte mit je 2 Kutschern. Ferner ist ein Emergency Hospital, Krankenhaus für Verunglückte, vorhanden.

Im Emergency Hospital zu Milwaukee Miss. stehen Transportgerätschaften mit Tragen bereit. Die Krankentransportstation steht unter Aufsicht der Polizei und ist Tag und Nacht durch Fernsprecher von jedem Theil der Stadt erreichbar. Krankentransport und erste Hülfe im Hospital werden unentgeltlich gewährt. Der Krankentransportwagen bringt die Verletzten ins Krankenhaus, wo der Hausarzt anwesend ist. Im Nothfalle werden die consultirenden Aerzte des Hospitals herbeigerufen.

In St. Paul Minn. ist ein städtisches und 2 Privatkrankenhäuser mit Krankenwagen, welche auf Anruf mit einem Arzt ausfahren.

Die Kranken werden in Pittsburgh Penna. durch die Krankenwagen der verschiedenen Hospitäler oder durch einen Patrolwagen, welcher nach Erforderniss in einen Krankenwagen umgewandelt werden kann, befördert. Letzteres sind Polizeiwagen, welche ich in meinem Aufsatz „Krankentransportdienst“ abgebildet habe. In den verschiedenen Stadtbezirken sind 8 Kranken- und 10 Patrolwagen zur Verfügung. Die in den letzteren beförderten Patienten werden von den Stadtärzten behandelt, deren stets einer Dienst hat.

Auch in Philadelphia geht der Krankentransport von den Krankenhäusern aus, welche auf Kosten der Stadt mit Krankenwagen ausgestattet sind. Die Wagen sind wie gewöhnliche Krankenwagen gebaut, aber es ist Rücksicht genommen auf Geräumigkeit, Bequemlichkeit,

ferner auf leichte Gangart und Verhütung von Erschütterungen für Kranken, obgleich das Strassenpflaster der Stadt gut ist und glatte Oberfläche hat.

In einzelnen Staaten ist auch für Beförderung von Verunglückten auf den Eisenbahnen gesorgt, indem auf jeder Station Tragbahnen gestellt sind.

## II. Philippinen.

In Manila werden Verunglückte in die nächste Apotheke und da mittelst Miethsfuhrwerks in ihre Wohnung oder in ein Krankenhaus übergeführt. Ist ein solches Fuhrwerk für den Transport ungeeignet so wird der Krankenwagen des Krankenhauses herbeigerufen.

Ausserdem bestehen in vielen anderen Ländern Einrichtungen auf Gebieten des Krankentransportwesens, deren Anführung aber hier nicht erfolgte, weil sie nicht besonders Kennzeichnendes darbieten, weil die einschlägigen Verhältnisse noch beim Rettungswesen zu sprechen sind. Bei einzelnen Orten und Ländern wurde auch bei der Beförderung Verunglückter geschildert, weil sie von den Einrichtungen des gesammten öffentlichen Krankentransportwesens nicht trennen ist. Andere Länder wiederum weisen noch gar keine Organisation des Krankentransportdienstes auf. Hier ist es dem Zufall dem guten Willen der Mitmenschen überlassen, den Kranken weiter zu helfen.

## IV. Allgemeine Einrichtung des Krankentransportdienstes und -wesens.

Nach den bisherigen Schilderungen wird jetzt zu erörtern sein, welcher Weise ein Krankentransportdienst

### 1. in einer Stadt.

zu organisiren ist. Ich habe die in den einzelnen Städten und Ländern vorhandenen Einrichtungen dargelegt, um die Möglichkeit eines Vergleiches derselben unter einander zu geben. Es müssen aber die in jeder Stadt und in jedem Lande vorhandenen natürlichen Verhältnisse und sonstigen Umstände berücksichtigt werden, da unter Würdigung aller Verhältnisse es möglich ist, ein richtiges Urtheil über die vorhandenen Maassnahmen zu gewinnen. Auch für dieses wichtige Gebiet sind nur allgemein gültige Grundsätze aufzustellen, sonst individualisirend, nicht schematisch zu verfahren.

Die meisten erforderlichen Vorkehrungen habe ich bereits oben bei den einzelnen Transportarten dargelegt und auch in den von mir in den Jahren aufgestellten Leitsätzen stets aufrecht erhalten. Es sind diese auch hier als grundlegend anzusehen. Zunächst ist eine besondere Einrichtung für die Beförderung von Verunglückten, und



lichen und ansteckenden Kranken nöthig. Für die Beförderung von ankten oder verunglückten Menschen in Städten sind mit Pferden mannte Krankenwagen als das beste Mittel anzusehen. Ausnahmen von hiervon nur Transporte auf ganz kurze Entfernungen bilden, wo Bahnen zur Verwendung gelangen können. Räderbahnen sollten in Städten überhaupt nicht gebraucht werden, obwohl sie in London z. B. in Anwendung sind. Die Wagen für Beförderung ansteckender anderer innerlich Erkrankter sind so einzurichten, dass sie den Kranken grösste Bequemlichkeit und Sicherheit und der Umgebung herheit vor etwaiger Uebertragung bieten. Dies wird durch den Bau der Einrichtung der Wagen — zur sicheren und bequemen Lagerung der Kranken mit der Möglichkeit leichter Desinfection — erreicht. Die Wagen der Krankenwagen muss eine genügend grosse sein. Wichtig ist, dass ein wohlgeübtes Krankentransportpersonal (Krankentransportkolonne) vorhanden ist, welches für jeden Transport zur Verfügung steht. Dieses Personal für jeden Transport reine waschbare Kleider anzulegen, welche nach jedem Transport ausgezogen und desinficirt werden. Die Träger haben auch jedem Transport eines ansteckenden Kranken zu baden, mindestens — falls das nicht ausführbar — täglich ein Mal. Bei jedem Transport muss wenigstens ein Begleiter oder Begleiterin innen im Wagen vorhanden sein, welcher mit Kenntnissen in der ersten Hülfe und im Krankentransportdienst ausgerüstet ist. Erforderliche Erfrischungs- und Verbandmittel, Wärmflasche, Eisbeutel dürfen nicht fehlen. Die Transporte besonders der ansteckenden Kranken müssen kostenlos ausgeführt werden. Aus diesem Grunde schon empfiehlt es sich, dass das Krankentransportwesen, wie es ja auch in den meisten Städten der Fall ist, auf Kosten der Behörden eingerichtet, erhalten und überwacht wird, sei es dass diese Privatunternehmer mit der weiteren Ausführung betrauen und diese dann überwachen, oder, was besser ist, dass sie Wagen und Pferde selber wenigstens erstere selbst anschaffen und an bestimmten Orten einstellen. Auch wenn die Behörden einen eigenen Marstall und Fuhrpark und Personal einrichten und auf eigene Kosten erhalten, können dennoch Privatfuhrunternehmungen für diesen Zweck bestehen, wie das Beispiel von Wien zeigt, wo ausserdem noch ein sehr grosser Theil der Krankentransporte von der Rettungsgesellschaft ausgeführt wird.

Am besten ist es, die Wagen in den Krankenhäusern oder Feuerwehren unterzubringen. Ist dies nach der Lage der Hospitäler in einer Stadt nicht zweckmässig, so empfiehlt sich die Anlage besonderer Krankentransportstationen an verschiedenen Stellen der Stadt, in welchen Wagen und Pferde sowie Krankenträger stets vorhanden sind. Die Feuerwehren eignen sich, wie das Beispiel zahlreicher Deutscher Städte zeigt, in besonderem Maasse für eine Vereinigung mit dem Krankentransportdienst. Die Pferde sind möglichst an dem gleichen Orte wie die Wagen unterzubringen, da sonst mit der Herbeischaffung der letzteren im Bedarfsfalle zu viel Zeit verloren gehen kann, was beim Transporte von Verunglückten, sowie von Kranken, wo dringende Operationen er-

forderlich sind, nicht unbedenklich ist. Wo auch die Krankenwagen in eingestellt werden, sei es in den Krankenhäusern, Feuerwachen, in böhren behördlichen oder privaten Stationen (die Einrichtungen der vom Rothen Kreuz und der Samaritervereine sind besonders für Krankentransport zu benutzen), so sind stets die Wagen zur Beförderung von ansteckenden Kranken von denen für nicht ansteckende räumlich zu trennen. Die Wagen für ansteckende Kranke sollen auch nach erfolgter Desinfection nicht für nicht ansteckende Kranke oder Verletzte benutzt werden, schon aus dem Grunde, weil Kranke mit ihrer geschwächten Widerstandskraft leichter von anderen Krankheiten befallen werden. Desinfection der Krankentransportgeräthschaften hat in jedem Fall zu geschehen, wo ein ansteckender Kranker befördert, oder die Natur der betreffenden Erkrankung zweifelhaft ist. Nach jedem einzelnen Transport sind die beweglichen Ueberzüge oder Matratzen auf den Tragen der Wagen reine zu ersetzen. Das Innere der Wagen wird nach den bestehenden in den meisten Städten verschiedenen Regeln desinficirt.

Die Desinfection der Wagen findet am besten im Krankenhaus vor, welches der Kranke gebracht wird, oder in der Krankentransportstation statt. Die Beförderung von Kranken mit ansteckenden Krankheiten auf öffentlichen Fuhrwerken ist zu verbieten. Die ansteckenden Krankheiten für welche in den einzelnen Städten dieses Verbot besteht, sind verschieden. Uebereinstimmend werden Pocken, Cholera, Pest, Typhus, ferner Diphtherie, Fleck- und Unterleibstypus, Rückfallfieber, Masern, Scharlach, Wochenbettfieber, Rose, Genickstarre u. s. w. Ausgeschlossen können aber auch andere Erkrankungen zu besonderer Transportanlass geben, sodass es am besten wäre, neben den hierfür genannten zu nennenden Krankheiten noch zu bestimmen: „in allen anderen Fällen wo der überweisende Arzt die Beförderung im besonderen Krankenwagen für erforderlich hält“. Es scheint, dass in den einzelnen Ländern, sogar in den einzelnen Städten Deutschlands, die Ansichten über diesen Punkt recht bedeutend auseinandergehen.

Droschken sollten nur zur Beförderung von ganz leicht Erkrankten oder Verletzten, die sitzen können, benutzt werden.

Um die Krankenwagen von den Krankenhäusern und von Krankentransportstationen schnell erlangen zu können, sind alle Krankenhäuser, Stationen u. s. w. mit einer Centralstelle und auch den Insprechern der Polizei und Feuerwehr durch eigene Leitungen in Verbindung zu setzen, damit von diesen Stellen als den am meisten geeigneten Frage kommenden stets eine schnelle Herbeirufung der Wagen möglich ist.

Auf diese Weise ist auch eine Grundlage für zweckmässige Beförderung Verunglückter und Verletzter und somit auch für die Einrichtung eines Rettungswesens gegeben, welche im nächsten Aufsatz zu erörtern ist.

Ganz anders sind die Bedingungen für die Einrichtung des Krankentransportdienstes

## 2. in kleineren Städten und auf dem flachen Lande.

In ersteren, wo auch ein Krankenhaus vorhanden, wird der Krankenwagen in diesem eingestellt, da er hier auch dazu dienen muss, um Kranke und Verunglückte von den Dörfern herbeizuschaffen. Natürlich ist hierfür die Entfernung massgebend, da unter Umständen bei dringlichen Fällen zu viel Zeit verstreicht, bis der Wagen nach der Stelle sich begiebt, wo der Patient sich befindet, und dann nach dem Krankenhaus zurückkehrt. In solchem Falle geht weniger Zeit verloren, wenn der Kranke sofort mit irgend einem Transportmittel ins Krankenhaus gebracht wird. Es können hier die freiwilligen Organisationen der Vereine vom Rothen Kreuz, der freiwilligen Feuerwehren und Samaritervereine erspriessliche Dienste leisten, da sie über geeignetes Personal und Transportmittel verfügen. Der Krankentransport auf dem Lande ist vielfach noch ein sehr ungenügender. Meistens werden die Kranken auf gewöhnlichen Landwagen, welche mit Stroh oder Betten versehen werden, in das nächstgelegene Krankenhaus geschafft, und noch schlimmer ist der Transport für einen Verunglückten, welcher mitten auf dem Felde einen Unfall erleidet und nun zum nächsten Arzt oder in seine Behausung gebracht werden soll. Der Betreffende ist auf einem solchen Wagen den Unbilden der Witterung, heisser Sonne oder Schnee- und Regenwetter ausgesetzt und erleidet, wenn der Transport wegen der weiten Entfernung längere Zeit in Anspruch nimmt, erheblichen Schaden. Auch für diese Verhältnisse habe ich vor einigen Jahren in „Der Samariter“ Vorschläge gemacht, welche leicht zu verwirklichen sind. Es kann auf jedem Dorfe ein bestimmter Wagen mit der von mir angegebenen Transportvorrichtung bereit stehen, welcher bei einer Erkrankung oder Unfallsfall herbeigeholt werden kann. An derselben Stelle ist eine Trachahre in Bereitschaft zu halten, auf welcher der Patient gelagert wird. Der Wagen wird oben mit einem Leinwanddach bedeckt. Das Transportgestell sowie die Trage wird im Krankenhaus, in welches der Kranke gebracht wird, desinficirt, falls eine ansteckende Krankheit vorliegt. Die Desinfection ist auch an anderem Orte unschwer auszuführen, wenn der Kranke nicht in ein Krankenhaus befördert wird. Auf dem Lande sind auch Fuhrbahnen in Benutzung zu ziehen, welche von den Vereinen der genannten freiwilligen Organisationen, welche an fast allen Punkten des Reiches jetzt Mitglieder besitzen, gestellt werden können. Am besten ist es, die Geräthschaften bei bekannten Persönlichkeiten, Lehrern, Pfarrern, Gutsbesitzern, unterzubringen, und diese Stellen durch äusserlich sichtbare Zeichen kenntlich zu machen. Die Ueberwachung dieser Verhältnisse muss durch einen Arzt oder den Kreisarzt geschehen, da sonst durch Ausrachtlaffung der nöthigen Vorsichtsmaassregeln — man denke nur an Cholera, Pocken etc. — eine Verbreitung von Seuchen erfolgen kann.

Dringend erforderlich ist aber für alle diese Dinge und Erfüllung der genannten Forderungen, dass auch überall in Deutschland die Ueberweisung der Kranken seitens der Aerzte in ein Krankenhaus auf be-

sonders vorgedruckten Formularen geschieht, auf welchen nicht die Art der Erkrankung sondern auch besonders die Art der Beförderung welche der Arzt für erforderlich hält, bemerkt wird. Hierdurch werden dem Unwesen, für Beförderung ansteckender Kranker öffentliche Fahrzeuge zu benutzen, in wirksamer Weise gesteuert werden. Der Kutscher dürfte nur dann Kranke in ein Krankenhaus befördern, wenn dies dem betreffenden Aufnahmeschein ausdrücklich vermerkt ist, wenn schon die Farbe des Scheines, wie in Hamburg, dies andeuten würde.

Solche Vormuster, in Buchform gebunden, wären dem Arzte der Behörde bei seiner Niederlassung auszuhändigen, den übrigen nicht traglich zuzustellen. Gut wäre es, einen Abschnitt eines jeden Scheines im Buche zu lassen, der kurz den Inhalt des Scheines angiebt. Der Schein wird vom Abschnitt an einer gelochten Linie abtrennt.

Das Krankentransportwesen ist, wie die vorstehenden Ausführungen ergeben haben, ein Theil der Krankenpflege, zu dessen Einrichtung und Ausführung technische und wissenschaftliche Kenntnisse erforderlich sind. Keineswegs stellt dasselbe allein eine humanitäre Versorgung der Kranken dar, welche nur Laien zu überlassen ist, sondern es ist nach wissenschaftlich-medizinischen Grundsätzen herzustellen und zu überwachen.

---

## 5. Fürsorge auf dem Gebiete des Rettungswesens.

Von

Dr. George Meyer in Berlin.

---

Wenngleich im Artikel „Krankentransportwesen“ an verschiedenen Stellen der Thätigkeit auch derjenigen Körperschaften Erwähnung geschah, welche sich der Ausübung des Rettungsdienstes widmen, weil ja die Hauptgrundlage eines Rettungswesens die Krankenbeförderung ist und bleiben muss, so werden jene Vereinigungen doch in diesem Abschnitt, welcher sich im Besonderen mit der Darlegung des Rettungswesens zu beschäftigen hat, zum Theil noch einmal ausführlicher zu erwähnen und mit ihren Einrichtungen zu schildern sein. Ich selbst habe an anderen Orten diese Verhältnisse zum Theil dargelegt und werde daher Verschiedenes in diesem Artikel aus meinen früheren Veröffentlichungen hier anführen können. Jedenfalls habe ich mich stets gefreut, dass auch dieses wichtige Gebiet der öffentlichen Krankenversorgung jetzt immer mehr die gebührende Beachtung findet, wie sich aus der wachsenden Zahl der Einrichtungen und von Veröffentlichungen in diesem Sonderfache ergibt. Es zeigt sich hierbei ein recht ausgiebiges Studium und Benutzung meiner einschlägigen Arbeiten, wenngleich nicht immer dann auf dieselben hinzuweisen für nöthig erachtet wird.

Wohl zu allen Zeiten und bei allen Völkern ist es Brauch gewesen, dass, einem Menschen, welcher einen Unglücksfall erlitt, vorzüglich aber in Lebensgefahr gerieth, von Anderen Hülfe gebracht wurde. Dieser besonders mit Erfolg geleistete Beistand wird als „Rettung“ bezeichnet, und Alles was zur Einrichtung und Ausführung eines solchen dient oder erforderlich ist, gehört zum „Rettungswesen“. Es hat lange Zeit gedauert, bis der Begriff, welchen wir jetzt mit diesen Handlungen verbinden, mit ihnen verknüpft wurde, wie wir bei der geschichtlichen Darstellung sehen werden.

Man kann einen technischen und sanitären Rettungsdienst unterscheiden. Die Arbeiten der Feuerwehr bei einem Brande, das Hervor-

holen Verschütteter aus einem eingestürzten oder brennenden Haus oder von Ertrinkenden aus den Fluthen ist technische Rettung, während die sanitäre Rettung bei Verletzungen und plötzlichen Erkrankungen eingreift und sich auch daher in zahlreichen Fällen an die technische Rettung unmittelbar anschliesst. Wenn z. B. Jemand bewusstlos aus dem Wasser gerettet wird oder bei einem Brande Brandwunden erleidet, so wird sofort nach seiner Befreiung aus der bedrohenden Umgebung medicinische Behandlung einzugreifen haben, welche dann mit dem Namen der sanitäre Rettung zu belegen ist.

Unter erster Hülfe versteht man eine vorläufige Versorgung von Personen in Fällen plötzlicher Erkrankung oder gefahrdrohender Verschlimmerung eines bestehenden Leidens, beziehungsweise plötzlich eintretender Störung des Gesundheitsgleichgewichts, welche auch durch Verletzungen bei Unglücksfällen herbeigeführt wird. Im Allgemeinen bezeichnet man jetzt die von Laien geleistete Hülfe, bis ärztliche Versorgung eintreten kann, als Samariterhülfe, während die von Aerzten besorgte erstmalige Hülfe und die hierfür erforderlichen Vorkehrungen als eigentliches Rettungswesen angesehen wird. Es wird dieser Unterschied bei der geschichtlichen Darstellung des Gegenstandes näher beleuchtet werden.

Es wird häufig von plötzlichen Unglücksfällen oder Unfällen gesprochen. Das Beiwort ist überflüssig, da die Plötzlichkeit, das Ueberraschende mit dem Begriffe des Unglücksfalles stets verbunden ist.

Ueber die Entstehung der Unglücksfälle habe ich an anderer Stelle Folgendes geäußert:

„Unglücksfälle und plötzliche Erkrankungen ereignen sich an verschiedenen Orten, zu Wasser und zu Lande, in Städten und auf flachen Lande, unter freiem Himmel, in gedeckten Räumen (in Betrieben, z. B. Fabriken), in Gebirgen, auf verschiedenen Verkehrsmitteln (Strassen- und Eisenbahnen) und entstehen durch verschiedene einwirkende Kräfte. Aus der Vereinigung aller dieser einzelnen Umstände nach verschiedenen Gesichtspunkten, welche sich noch mit Leichtigkeit vermehren liessen, entstehen die mannigfaltigsten Gruppierungen, indem die einwirkenden Ursachen sehr verschiedener Art sein können, und zwar entweder natürliche (Blitzschlag, Erfrierung, Sonnenstich) oder durch mechanisch wirkende Ursachen (Maschinen, Sturz, Fall) bedingt. Bei den letzteren Ursachen würden noch wiederum Unterabtheilungen einzurichten sein, die für die Schwere des Unfalls bedeutungsvoll sein können, indem entweder der verletzende Gegenstand in Bewegung, der Verletzte in Ruhe oder umgekehrt der Verunglückte in (activer oder passiver) Bewegung und die verletzende Kraft in Ruhe ist. Entweder also von einem Dache oder einem Fenster eines Hauses fällt ein Gegenstand auf einen Vorübergehenden, oder eine in einem Wagen befindliche Person wird aus demselben gegen einen Prellstein geschleudert (passive Bewegung des Verunglückten), oder es stürzt Jemand aus einem höheren Stockwerk eines Hauses auf das Strassenpflaster (active Bewegung der Verletzten). Diese

...Hilfsbedürftigen Handwerker und Fingerringe, und wenn wir die  
Bethätigungen auf diesem Gebiete anzusehen. Also bis etwa  
nach Chr. reichen die Anfänge einer Fürsorge für „verirrte und  
müde Pilger“ zurück. Unter den Mönchen des Berges Karmel waren  
andere Beamte, welche die Hilfsbedürftigen im Umkreise der Anstalt  
in den grossen Städten aufsuchten und ihnen „die erste und augen-  
sichtliche Hilfe selbst“ leisteten. Auf Seite 9 erwähnt Dietrich dann  
zu Ende des 8. Jahrhunderts in den Alpen errichteten Hospize, von  
denen besonders die später entstandenen bekannter wurden. 962 grün-  
dete der heilige Bernhard auf einem bis dahin dem Jupiter geweihten  
Orte ein Hospiz, und nach dem Gründer wurde der ganze Pass „der  
Pass Sanct Bernhard“ genannt. Bekannt sind die Bernhardiner Hunde,  
welche die Verunglückten aufsuchten.

In jene Zeit fällt auch die erste Thätigkeit des Johanniterordens  
auf diesem Gebiete, dessen Geschichte gleichfalls von Dietrich in diesem  
Handbuch geschildert ist. Besonders in England und dessen Kolonien  
hat die jetzt „St. John's Ambulance Association“ benannte Gesellschaft  
eine allgemeine Ausbreitung gewonnen. Diese ist das Ambulance Department  
des Grand Priory of the Order of the Hospital of St. John of Jerusalem  
in England, dessen Ursprünge, wie ich in meiner Arbeit: „Sanitäre Verhält-  
nisse in London etc., 1897“ dargelegt, bis zum Ende des 11. Jahrhunderts  
zurückreichen. Die Vereinigung war eine freiwillige zur Ausübung barm-  
herziger Werke. Um 1100 wurde die Bruderschaft in England ein-  
geführt und gewann grosses Ansehen im Lande. Ihr Hauptquartier lag  
in der Nähe von London. Unter Eduard II. erlangte die englische Zweig-  
anstellung die Rechte einer Körperschaft unter obigem Namen. Der  
Ort bestand durch ein Gatter: St. John's Gate, welches im 12. Jahr-  
hundert erbaut, 1381 durch einen Brand zerstört und 1504 zu seiner

Aufmerksamkeit erregten. Allerdings waren auch im Alterthum Errettungen vom Scheintode bekannt, wie sich aus dem Namen „Hysteropompos“ ergibt, welchen die Griechen für vom Tode erweckte Menschen anwendeten, welche noch einmal feierlich zum Leben eingeweiht wurden. Bei den Römern kamen einige Male die Todten auf den Scheiterhaufen wieder zum Leben, und daher schreibt sich der Brauch vor dem Verbrennen dem Leichnam ein Fingerglied abzuschneiden, eine Gewohnheit, welche an die Eröffnung der Pulsadern erinnert, welche heute bisweilen von Seiten der Angehörigen als Nachweis sicheren Todes vom Arzte verlangt wird. Struve tadelt 1797, dass bei den Alten keine öffentliche Anstalten zur Hülfe Verunglückter bestanden, und es geht aus den Werken der damaligen Zeiten hervor, dass den Autoren Bekanntmachungen bezüglich des Verfahrens mit Ertrunkenen aus früheren Jahrhunderten anscheinend nicht bekannt gewesen sind.

Das Land, in welchem zu Ende des 18. Jahrhunderts die erste organisirte Rettungsgesellschaft der Welt errichtet wurde, hat den Ruhm, erheblich früher die ersten Verordnungen hierüber gehabt zu haben. Wie aus ihrer wiedergegebenen Wortlaut hervorgeht, sind darin allerdings keine besonderen medicinischen Verhaltungsmaassregeln gegeben, sondern nur der Rath ertheilt, Ertrunkene aus dem Wasser zu ziehen, sie aber ohne Wissen der Obrigkeit nicht weiter zu bringen.

Die erste Verordnung stammt vom 16. Juli 1417 und lautet holländischer Sprache:

Handvest  
inhoudende vele en voorname vooregten door  
vrouw Jacoba van beijeren,  
aan de  
ingezetenen in den grooten waard van zuid-  
holland geschonken.  
16. July 1417.

Item, waer dat yemant quam daer hy eenen mensch verdrinckt ofte in nootvonde die sal hy vuyt moegen trecken op tlant ende tbeste daer mede doen sonder verbeuren behoudelyk dat hys niet ter aerde en sal brengen buyten consente van onser heerlicheyt.

Sehr alt ohne Jahreszahl ist folgende Verfügung:

Van Dootslaghe.

Item wan enigh mensche die doot gheslagen worde binnen der vryhede van Amstelredame, en worde die bekend, na den rechte van der Stede, dat hy doot ghebleve ware van menschen handen, dien doden magh men graven en voort claghen mit kennisse van den rechter en van Scepen gheliker wys of die dode lichaem jeghenwoordigh gebloket stonde. En worde yemant in dien dootslaghe besworen die daer verdeloos in gheleyt en ware die soude vrede hebben tot tijt toe dat hij op syn ruyt quame. En nyemant daer in te besweren hy en zy bezaket, te voren eer men claghet die sinen core te hebben van den aenbringe ghelyc die ghene hebben die verdeloos sy

Aus dem gleichen Jahrhundert, von 1455, sind noch zwei Verfügungen zu erwähnen, welche ungefähr desselben Inhalts wie die erste sind.



Privilegie  
van  
Philips van Bourgondie  
aan  
kennemerland en kennemergevolg.  
1455.

Ende oft gebeurde dat eenig mensche in 't waater viele waar 't Jonk of ond dat iegelyk dien mensch nyt sal mogen trekken, alsoo lange als hy lyf in heeft, en gelyks waar hy doot or verdronken so sal men hem nyt den water mogen trekken, der verbeuren, behoudelyk enz.

Keur  
van  
Philips van Bourgondie  
aan di van  
west zaanden en crommenie.  
12. Maerte 1455.

Oft gebeurde eenige menschen in het waater vielen waer Jonck ofte oudt dat gelyck dien mensche sal mogen trecken, alsoo langh als hy lyf in heeft, ende gelyck waer hy doot ofte verdroncken soo sal men hem nyt den water moghen en, sonder verbeuren, behoudelyck dat men den voorsz verdroncken en dooden mensche toonen sal eerst onsen Baillin ofte synen Stedehouder, ofte in syne absentie Schout aldaer, om te beschouwen den voorsz dooden eer men hem begraven sal, te daer naer binnen eenen natyrylcken Dage daer mede gedaen worde 't geen dat reden wege behooren sal.

In den folgenden Verfügungen jener Zeit ist gleichfalls darauf hinwiesen, dass man in (Wassers-) Noth befindlichen Menschen helfen solle. Wenn sie aber todt, so müssen sie liegen bleiben bis zur Ankunft der Hülfe. In welcher Weise die Hülfe ausgeführt werden soll, ist in den Verordnungen nicht gesagt. Es scheinen auch, wie aus einer Beschreibung, welche einige Jahrhunderte später Pia lieferte, hervorgeht, Missverständnisse in Bezug auf das Herausholen von Ertrunkenen aus dem Wasser vorgekommen zu sein, die kein günstiges Licht auf die Humanität damaliger Zeit zu werfen geeignet sind.

Anscheinend sind die Missverständnisse durch den Wortlaut der betreffenden Verordnungen jener Zeit bewirkt worden, da gerade in den hier angeführten Verfügungen das Verbot ausgesprochen ist, im Wasser befindliche Personen ohne Zustimmung der obrigkeitlichen Behörde herauszuziehen.

„Da war“, sagte Pia, „ein allgemeines Vorurtheil im Schwange, dass man sich nicht, unter schwerer Strafe, nicht unterstehen durfte, einen Ertrunkenen zu ziehen oder aus dem Wasser hervorzuziehen, bevor man einen Commissär herbeygeholt hätte, um den Vorgang zu Protokoll zu bringen; und es war erst alsdann, wenn jener die Beschaffenheit und Lage der Leiche verzeichnet hatte, dass man einige Versuche anstellen mochte, die immer auf die Bestätigung des Todes abzielten: denn man hat vielleicht kein Beyspiel, dass man, nach Verlauf aller dafür vorgeschriebenen Formalitäten, je einen einzigen Scheintodten gerettet hätte. Man stieg den vorgefundenen Körper des Ertrunkenen meistens an einen Nachen, und suchte ihn nicht eher ganz aus dem Wasser hervor, bis in Beyseyn des Commissärs; dessen schriftlichen Aufsatz, die Anverwandten des Ertrunkenen, sich bei erfor-

derlichen Zeugnissen, beziehen mussten. Wenn man den Ertrunkenen nicht an ein Schiffchen befestigte, so pflegte man denselben an das Ufer so hinzustrecken, dass dessen Füsse im Wasser zurückblieben. Zuweilen (und dieses hielt man für ein nicht zu vernachlässigendes Theil der Formalitäten) liess man nur die untern Gliedmassen aus dem Wasser hervorreichen; Kopf und Brust aber blieben im Wasser liegen, und erwarteten die geneigte Ankunft der Gerichtsherrn, welche zuerst die ganze Sache einen rechtlichen Zuschnitt gaben, ehe sie den Verunglückten Trockne bringen liessen.“

Diese „geneigte Ankunft des Gerichtsherrn“ wird sich wohl bei den Verkehrsverhältnissen damaliger Zeit auch bisweilen so lange verzögert haben, dass an eine Rettung der Verunglückten nicht mehr zu denken war. Man liess also Ertrunkene aus Rücksicht für die Obrigkeit und im Aberglauben, dass Berührung von Selbstmördern ehrlos mache, liegen. Ähnlich erging es bei Erhängten. Diejenigen Menschen, welche solche losschnitten und um ihre Rettung sich bemühten, wurden grössten Beschimpfungen ausgesetzt, und Frank tadelt diese Verirrungen, die zum Theil eine Folge missverständlicher Auffassung der behördlichen Verordnungen waren, mit herben Worten. So führt er auch die Entschuldigung eines Strassburger Berichtes vom Jahre 1740 an:

„Es könne, um das herrschende Vorurtheil zu heben, nicht genug wiederholt werden, dass es der Obrigkeit nie eingefallen sey, die Rettung Ertrunkener zu erschweren; und dass blos auf den Fall, dass man von derselben Tode versichert wäre, gewisse Ursachen die Vorgesetzten bewegten, sich ihrer Leichen zu versichern.“

Er bemerkt aber weiter, es

„scheint doch diese Erklärung auf niemand sehr gewirkt zu haben, besonders da eine öffentliche Anstalt zur Rettung Verunglückter getroffen, und so die Verwendung einzelner Menschen für dieselben, von den Regierungen gebilligt ward. Zur Zeit Schottlands, und der Religion, kann ich doch nicht verschweigen, dass schon in mehreren Jahrhunderten, daselbst, das, auf einem steilen Felsen ruhende Schloß Bamborough, von einem menschenfreundlichen Bischofe von Durham, zur Rettung der Schiffbrüchigen bestimmt, und nicht nur mit sehr wohlfeilen Nahrungsmitteln, sondern zugleich mit 30 Betten zur Aufnahme der Verunglückten, versehen worden ist.“

Amtliche Verordnungen, in welchen schwer getadelt, dass die Scheintodten unberührt blieben, und ausdrücklich unter Aussetzung von Belohnungen angeordnet wurde, denselben jederzeit zur Hülfe zu eilen, sind in der Folge zahlreich erschienen. So sei hier ein älterer Schleswig-Holsteinischer Erlass angeführt:

Verordnungen, die Sorge für die Scheintodten betreffend.

1. Vorschläge, um ertrunkene Personen ins Leben zu bringen und grossfürsorgliches Placet zu ihrer gesetzlichen Genehmigung, vom 6. Sept. 1771.

2. Verordnung wegen Rettung der durch plötzliche Unglücksfälle dem Anschein nach leblos gewordenen Personen, vom 22. April 1772. (Chron. Samml. p. 21.)

Wir Christian der Siebente etc. Thun kund hiemit: Wasgestalt Wir aus Misfallen vernehmen müssen, wie an den mehresten Oertern wegen gerichtlicher Anhebung eines gefundenen todten oder todtscheinenden Körpers die hergebrachte Unwissenheit und ein daher bestätigtes höchstschädliches Vorurtheil herrsche, dass es für die Ehre verächtlich hält, dergleichen Körper anzufassen, geschweige Versuchen

§ 1. Wir verstaten also nicht nur, sondern befehlen auch allergnädigst, dass jeder, ohne Unterschied, zur Rettung der ertrunkenen, erwürgten, erstickten, ertrunkenen und sonst todtscheinenden oder in Lebensgefahr schwebenden Menschen, welchem Stande oder Religion derselbe auch seyn möge, nach äusserstem Ver-  
mögen beförderlich seyn, die gefundenen, solchergestalt leblos oder todtscheinenden  
per unverzüglich aufheben, die nicht rechtlich érhängten Menschen losschneiden,  
angesäumt in eines der nächsten Häuser bringen, und sofort diensame Mittel zur  
Rettung des Unglücklichen allen Fleisses zu versuchen, nach Anleitung beygefüger  
Anzeige, angewandt seyn solle.

§ 2. Wir ermuntern sodann und befehlen einem jeden, insonderheit den Wund-  
ärzten, Badern, Gastwirthen, Kräutern, wie auch den Vögten und Schulhaltern auf  
Landen, ihre Behausung zu einer so christlichen und pflichtvollen Absicht gerne  
willig herzugeben, und sich dessen, bey Vermeidung scharfer Ahndung, auf  
keine Art zu entlegen, vielmehr die zur Rettung vorgeschriebenen Versuche un-  
verzüglich anstellen zu lassen. Gleich denn auch der Obrigkeit oder dem Beamten des  
Ortes unverzüglich davon Anzeige zu thun ist, damit solche unentgeltliche weitere  
Hülfe treffen könne.

Die Gegenwärtigen hingegen haben in möglichster Geschwindigkeit einen Arzt  
Wundarzt, wenn aber deren keiner in der Nähe ist, die Districtshebamme oder  
Schulmeister, als zu deren Berufspflichten es gehöret, sich von den in dergleichen  
Anfällen erforderlichen Rettungsmitteln die nöthige Kenntniss zu verschaffen, herbeyzu-  
schaffen, von denen alsdann die nach Beschaffenheit der Umstände dienlichsten, und  
Theil in der beygefügten Anzeige vorgeschriebenen Versuche sorgfältig anzu-  
stellen sind. Wie sich denn auch die zuletzt erwähnten Hebammen und Schulmeister  
sobald mit den nöthigen Instrumenten nach Möglichkeit zu versehen haben.

§ 3. Diese Rettungsanstalten muss man, die Rettung sey auch noch so un-  
sicher, jedermann widerfahren lassen, da die Erfahrung gewiesen, dass  
er oft viele Stunden lang leblos geschienen, aber doch noch durch Zufall oder  
ausdauernden Fleiss wieder erweckt worden. Nur alsdann ist alle Hoffnung verloren,  
wenn der starke Leichengeruch, blutige, aus Nase und Mund stinkende Jauche, ein

Rettungsmittel, doch mit Vorsicht und Behutsamkeit, anzuwenden; müssen aber ihren Argwohn sogleich und ausdrücklich durch den Bauervogt oder Gerichtsbedienten der gehörigen Obrigkeit anzeigen lassen, damit durch Kunsterfahre hierüber die nöthige Untersuchung angestellt werden könne.

§ 5. Dahingegen wollen Wir Allernädigst, dass demjenigen, welcher sich bei der Rettung eines todt geschienenen Menschen geschäftig erwiesen, und durch seine Bemühung einen, dem Anschein nach, des Lebens beraubten Menschen wirklich gerettet zu haben, mittelst obrigkeitlichen Zeugnisses darthut, aus Unserer Kasse eine Prämie von fünf dänischen Ducaten, oder, falls es ihm lieber seyn sollte, eine Medaille von gleichem Werth zur Belohnung gereicht werden solle.

§ 6. Im Fall auch, dass sich mehrere um die Rettung des Unglücklichen verdient gemacht: so haben sie sich wegen der Belohnung nach Billigkeit, und allenfalls vor der Obrigkeit, die solche Bemühung umsonst übernehmen muss, zu setzen und zu vereinbaren.

§ 7. Damit auch niemand, aus Furcht wegen der aufzuwendenden Kosten, seine Hülfe zurückhalte: so wollen Wir, dass denen, die sich eifrigst haben angelegen seyn lassen, den Unglücklichen vom Tode zu befreien, und zur Aufnahme eines solchen ihr Haus willig hergegeben oder nützliche Veranstaltungen getroffen haben, ihre Mühe und gehabten Kosten, sie mögen glücklich gewesen seyn oder nicht, nach Billigkeit, aus den Mitteln dessen, an dem die Hülfe versucht worden, oder falls er keine gehabt hat, dem Befinden nach auf obrigkeitliche Verfügung, von der Commune oder aus der Armenkasse des Orts, ohne mindesten Anstand, ausgekehret und vergütet werden sollen.

§ 8. Was endlich noch die Soldateske angehet, so werden Wir Unserm Generalitäts- und Commissariats-Kollegio befehlen, dass gedachte Soldateske in den Festungen, Städten und Flecken, oder wo sie sonst in Garnison oder Quartier lieget, wann sie einen, dem äusserlichen Ansehen nach, todtseyenden Körper gewahr werden, gleichfalls zur Rettung desselben Hand anzulegen schuldig seyn soll, des Endes denn von der Wache, die dem Orte, wo der Körper gefunden worden, am nächsten ist, auf die erste Nachricht des Unglücks genügsame Mannschaft, ohne Säumniss, dahin zu schicken ist, um aller Hinderung der Rettung und Gewaltthätigkeiten an dem Körper zu steuern, auch, benöthigten Falls, durch Postirung vor dem Hause, wo der Körper ist, Ordnung zu halten, und allem Unfug vorzubeugen.

§ 9. Ueberdem aber gebieten und befehlen Wir, dass gleichwie durch diese Anordnung, die an einem oder dem andern Orte üblichen Formalitäten bey Aufhebung todter Körper und desfalls hergebrachten Gebühren gänzlich wegfallen, also auch in Criminalfällen, wo eine Section erforderlich, selbige nicht vorgenommen werden soll, bevor heilsame Mittel zur Wiederbringung der Lebensgeister von Kunstverständigen vergeblich angewandt worden.

§ 10. Und damit niemand sich überhaupt dieser Pflicht der Menschlichkeit und christlichen Liebe aus Unwissenheit entziehe, so wollen Wir, dass ein bleibendes Exemplar von dieser Unserer Allerhöchsten Verordnung allen Unsern Ober- und Unterbeamten, Magistraten und andern Gerichtspersonen, inngleichen auf dem Lande jedem Prediger, auch jedem Dorfs- und Bauervogt und Schulmeister, für sich und ihre Nachfolger im Amte, zur pflichtmässigen Nachachtung zugestellt werde.

Wonach sich männiglich allerunterthänigst zu achten. Urkundlich unter Unserm Königl. Handzeichen und vorgedrucktem Insiegel. Gegeben auf Unserer königl. Residenz Christiansburg, in Kopenhagen den 22. April 1772.

(L. S.)

Schack-Rathlou.

Christian Rex.

Scheel. Pauli. Oeder. Rothe.

I. H. Hallensen.

Noch im folgenden 19. Jahrhundert ist es nothwendig aufzufordern, **verunglückten** vor der obrigkeitlichen Besichtigung des Körpers **helfen**. So ist unter den Medicinal-Gesetzen z. B. von Mecklenburg-**hwerin** folgende Verordnung von 1834 erwähnenswerth:

**on der Sorge für Rettung Verunglückter und Scheintodter. Ver-**  
**fahren bei plötzlich Verstorbenen und Kinderleichen etc.**

§ 593. Sorge für Rettung Verunglückter.

1. Wenn Jemand, er sei wess Standes er wolle, einen durch eigene oder fremde **alt Verunglückten** antrifft, so soll er ohne Zögerung und ohne erst die obrigkeit-  
**le Besichtigung** abzuwarten, allenfalls nach Herbeirufung nöthiger Hülfe, den Ver-  
**glückten** sogleich aufnehmen und nach Bewandniss der Umstände in das erste  
**te Haus** bringen.

2. Hier soll sogleich Alles angewandt werden, um den Verunglückten ins Leben  
**ückzurufen**.

3. Niemand soll sich aber weigern, einen solchen Verunglückten in sein Haus  
zunehmen, sich indessen einer sicheren Vergütung der ihm dadurch etwa ent-  
stehenden Beschädigungen von der Commune zu versprechen haben.

4. Wer gegen diese Vorschrift handelt, soll als Theilnehmer eines solchen ge-  
samten Todes angesehen und mit schwerer willkürlicher Strafe belegt werden.

5. Wer sich aber gar untersteht, Jemanden wegen solcher ohne vorhergängige  
igkeithliche Besichtigung versuchten und geleisteten Rettung Vorwürfe zu machen,  
A die empfindlichste Geld- oder Leibesstrafe erleiden.

§ 594. Aufhebung der Rettungsprämie.

Die Rettungsprämie, welche durch das Rescript vom 16. Dezember 1784 auf die  
**attung Verunglückter** ausgelobt, und auch zur Beförderung der Ausrottung eines  
chädlichen Vorurtheils, das bei gegenwärtiger Aufklärung nicht mehr existirt, näm-  
lich der vermeintlichen Anstössigkeit der Berührung solcher Personen, die selbst Hand  
an sich gelegt, gestiftet war, ist wieder aufgehoben, indem jene Verordnung bei  
Manchen die Meinung hervorgebracht zu haben scheint, als wenn eine Handlung,  
welche die Religion und Menschenliebe von selbst gebietet und welche ihren Lohn in  
sich selbst hat, noch bezahlt werden solle und müsse.

§ 595. Vorschriften zur Rettung Verunglückter in Rostock.

1. Jeder Einwohner ist verpflichtet, einem durch Ersäufen, Erhängen oder sonst  
Verunglückten ohne Zögerung die erforderliche Hülfe, allenfalls unter Herbeirufung  
anderer zu leisten, so also dem Erhenkten den Strick abzuschneiden, den Ertrunkenen  
aus dem Wasser zu ziehen, ihn sodann aufzunehmen, und den Stadtphysikus und  
Chirurgus herbeizurufen.

2. Kein Einwohner darf sich entziehen, den Verunglückten in sein Haus aufzu-  
nehmen, und die zu dessen Rettung erforderlichen Bedürfnisse an Betten, Leinwand,  
Feuerung und sonstigen Sachen herzugeben, wobei es sich von selbst versteht, dass alle  
beschriebene Verwendung aus dem Vermögen des Verunglückten, im Falle der Unvermögen-  
heit aber aus der Stadtkasse, nach eingereichter Designation vergütet werden wird.

3. Gegen denjenigen Bürger und Einwohner, welche sich der Aufnahme eines  
leichen Verunglückten entziehen, soll der Fiscal sein Amt wahrnehmen und ihn als  
gen Mitschuldigen an dem Tode des Verunglückten anklagen, wo denn, nach dem  
grossen oder geringeren Grade der Wahrscheinlichkeit, dass durch ein solches lieb-  
es Benehmen der Tod des Verunglückten mehr oder weniger befördert worden,  
zue willkürliche Leibes- oder sonstige Strafe, allemal aber, selbst wenn der Verun-  
glückte erweislich nicht zu retten gewesen wäre, eine unabkömmlich schwere Geldstrafe  
legen soll.

4. Diejenigen, welche die Rettung eines solchen Unglücklichen sich haben gelegen sein lassen, sollen eine Prämie von 10 Thalern aus der Stadtkasse haben.

5. Niemand soll sich bei der empfindlichsten Gefängniß- oder sonstigen Lei und Geldstrafe, unterstehen, aus einem vielleicht noch bei Manchem vorwaltend verkehrten Wahne, demjenigen, der sich der Rettung eines Verunglückten unterzogen, irgend einen Vorwurf zu machen, und es soll, wenn dieses geschehen, dem Beleidigten im Gerichte von dem Beleidiger persönliche Abbitte geleistet werden.

#### § 596. Verfahren bei Ertrunkenen besonders.

Bei Unglücksfällen auf der Elbe sollen die Ortsobrigkeiten eiligst Rettung stellen treffen. Die Körper der in der Elbe Ertrunkenen sind dem Elbzoll-Geleite überlassen.

Rostock. Wenn Jemand auf dem Eise in Gefahr geräth zu ertrinken, so soll Jeder demselben eiligst zu Hülfe kommen und ihn aus dem Wasser herausheben auch den erkalteten und nicht erstorbenen Körper ohne einige Rücksicht und erwartet einer Besichtigung herausziehen, selbigen in der Nähe an einen warmen Ort bringen und alle nur ersinnlichen Mittel und Wege, wodurch der Verunglückte das Leben erhalten werden könnte, anwenden und gebrauchen, bei ernstlicher Strafe Unterlassungsfälle.

Ertrinkt von den Warnemündern oder den Ihrigen auf der See oder im Haff auf der Warnow durch Sturmwinde einer, oder ein Rostocker Fischer, so soll zur Ersparung der Kosten die gewohnte Besichtigung nachbleiben.

#### § 597. Rettungsapparate für Ertrunkene.

In Rostock sind mit bedeutenden Kosten zwei Rettungsapparate in zwei Kasernen zur Rettung im Wasser verunglückter Menschen eingerichtet. Der eine Kasten steht wegen Nähe der Oberwarnow, beim Zeicheneinnehmer am Mühlenthor, der andere beim Strandvogt am Borgwellthor. Diese Kasten werden von Zeit zu Zeit von dem Stadtphysicus und Chirurgus nachgesehen und was etwa abgängig und unbrauchbar geworden, das wird auf Kosten des Gerichts ergänzt. Oft ist von diesen Apparaten Gebrauch gemacht, es wurde aber niemals ein Verunglückter dadurch ins Leben zurückgerufen, selbst wenn er nur wenige Minuten im Wasser gelegen hatte. In den übrigen an Seen und Flüssen gelegenen Städten des Landes fehlen solche Rettungsapparate.

#### § 598. Verfahren bei plötzlich Verstorbenen; gerichtliches.

Bei vorkommenden plötzlichen Todesfällen, wenn sich, den Umständen und Verhältnissen nach, der Verdacht einer sträflichen Handlung oder ein Selbstmord ergibt, soll das Nähere von der Gerichts- und Polizeibehörde gehörig ermittelt und registrirt werden, und im Falle, dass dabei ein criminelles Gesichtspunkt eintritt, über eine etwa nöthige Section und die zu gestattende Beerdigung von der Localbehörde, falls sie dafür selbst keinen Zweifel hat, ohne Einholung einer höheren Belehrung, die eigene Verantwortung geurtheilt werden.

Gleich wie gesammte Gerichte indessen erinnert werden, bei plötzlichen Todesfällen, sobald die Umstände sich zu ihrer Cognition eignen, mit der höchsten Aufmerksamkeit zu verfahren, um die Spuren einer etwaigen weiteren oder künftigen Untersuchung möglichst sicher zu stellen, so sollen die Amts- und Stadtgerichte auch die vorgekommenen, zu ihrer Cognition gelangten, aber zur Criminaluntersuchung nicht geeignet befundenen plötzlichen Todesfälle, eventualiter unter Beilegung Acten, mit den in Folge der Patent-Verordnung vom 22. August 1828 jährlich in schriftlichen einzureichenden Verzeichnissen, bei der competirenden Justizkanzley berufliche Anzeige machen.

#### § 599. Verfahren bei todtgefundenen Kindern.

Es soll dabei die Lungenprobe mit Vorsicht vorgenommen werden.

icht vor der Mitte des 18. Jahrhunderts öffentliche Veran-  
der, wie Struve es benennt, „Rettungsordnungen“ nach dem  
er viel früher geschaffenen Feuerordnungen erlassen wurden,  
dem Abscheu vor Leichen, und auch vor Bewusstlosen,  
ch einen Unglücksfall oder durch Selbstmordversuch in  
and gerathen waren. Ferner waren die vielen Formali-  
verend, welche von den Gerichten beim Auffinden von Leichen  
wurden. Und es kam hinzu, dass die kleinen Herr-  
d Länder auf ihre eigenen Gerichtsbarkeiten nicht verzichteten  
l sich gegen einen nachbarlichen Eingriff, auch wenn ein  
hätte gerettet werden können, thatkräftig verwarhten.

früher sind einige bemerkenswerthe behördliche Verord-  
ssen worden, welche weder von Struve, noch Hufeland,  
n Autoren, welche zu Ende des 18. Jahrhunderts sich mit  
gswesen beschäftigten, da sie als eigentliche Rettungsverord-  
ht aufzufassen sind, erwähnt werden. Es sind dies Medicinal-  
von welchen ein Beispiel von vielen hier abgedruckt wird,  
die Nothhülfe der Apotheker in Abwesenheit des Arztes  
rd. Diesen wurden hier die Grenzen ihrer Thätigkeit ge-  
hrieben, so dass schon in frühen Zeiten hierfür eine Nothwen-  
tanden haben muss. Der Anfang des hier abgedruckten  
„Hochfürstlich Braunschweig-Wolfenbüttelschen Medicinal-  
bst beygefügtter Apotheker-Taxe“ vom Jahre 1721 ist recht  
rth, denn auch damals — wie noch heute — lief der  
lann“ in Erkrankungsfällen vielfach zuerst zum Apotheker.

Weil auch sonderlich der gemeine Mann in Kranckheiten zuerst nach  
er läuft / von demselben nicht allein Artzneyen / sondern auch Raht  
gehret, wodurch denn theils / da von Seiten des Patienten der Zustand  
berichtet / theils vom Apotheker nicht recht erkennt und dijudiciret  
efährliche Errores, und nicht geringe Unglücks-Fälle entstehen können /  
h die Apotheker mit Hindansetzung aller ungebührlichen Ehr- und  
in ihren Schrancken halten / die Krancken / sie seyn arm oder reich /  
ler Einheimische / an die Medicos / jedoch ohne Affecten und besondere  
ion an einen für den andern / weder directè noch indirectè verweisen /  
n / seiner Gelegenheit nach / obgezeigter massen zu begegnen / und  
ent bedarff / zu verschreiben schuldig seyn sollen: Für allen Dingen  
ich die Apotheker / und zwar bey harter Straffe zu hüten / dass sie  
Bedacht und Fürsorge nicht jeden Purgentia und Vomitoria geben /  
das meiste Unglück geschiehet. Und wie die Medici, ausser einigen für  
ltende Arcana, keine Medicamenta dispensiren / sondern vielmehr mit  
ien Praxi der Apotheken Aufnahme und Bestes täglich befordern / also  
öchste Unbilligkeit und Undanck seyn / zu deren Praejuditz / Schimpff  
/ die vorkommende Patienten ihnen zu entwenden und an sich zu ziehen/  
nicht geduldet / sondern auf beschehene Anzeige jedesmahl bestraftet

ledennoch / da im Fall der Noht bey zustossenden Ohnmachten / Coli-  
schwinden Fällen / ehe man eines Medici mögte habhaft werden /

Apotheker zur Erquickung inn- oder äusserlich was begehret würde / in selben frey stehen / Anstreich-Spiritus / Balsam / Hertz-Pulver / Carmin Hertz-Wasser zuerst / bis auf Erfordern des Medici / zu verordnen und auszu-

Wie also hier festgesetzt ist, wie die Apotheker sich in Fällen zu verhalten haben, so bestimmt noch deutlicher die Hoch Württembergische Medicinal-Ordnung von 1756 (Stuttgart) Folgende

#### Tit. II.

##### Die Apotheker betreffend.

§ 5. Des Practicirens, Besuchung der Krancken und Verordnung neyen, sollen sich die Apotheker gänzlich enthalten, es seye dann im wo kein Medicus zu haben, da sie dann dasjenige, was sie denen Patienten ordentlich aufschreiben, und solches, nach des Medici An- oder Wiederkur vorlegen, und solchem die weitere Cur überlassen; wann aber ausser dem, Leute in die Apotheek kommen, und daselbst Rath suchen, solche denen bevor ab ihrem vorgesetzten Physico, zuweisen sollen.

Auf die Möglichkeit des Wiedererwachens Scheintodter, bei Rettung Bewusstloser ist vielfach von den Aerzten hingewiesen worden, älteren sind hier zu nennen Aetius, Oribasius, Haly, Dioscorides, Avicenna und ferner Alexander Bene Bapt. Codronchius, Guil. Fabricius Hildanus, Jacob H. Franc. Rouchinus, Dan. Senertus, Petro à Bastro, Linus u. s. w.

Weitere Daten über die Entwicklung des Rettungswesens hier zusammengestellt.

Bereits 1564 machte P. Foreest darauf aufmerksam, dass Ertrunkenen die Athmung durch Eindringen von Wasser in die Lunge behindert ist. Ueber die Todesursache selbst fügte er nichts hinzu; später wurden die alten Ansichten durch Ranchin und F. Plancher gefochten. Letzterer drückt sich folgendermaassen aus:

„Eos, qui aquis immersi, moriuntur, non quod aquam animium bibant, uti vulgo creditur, sed quia suffocantur, extingui per aquam et etiam postea“

„quam ob rem quod aëris per respirationem ab aqua inter attractio impedita sit, et cum aër attrahi deberet, aqua in illius asperam arteriam illabatur, caussa suffocationis illius, illaque existit.“

Diese Ansicht blieb lange Zeit, bis zum 17. Jahrhundert, herrschende, wo man den Gegenstand weiter verfolgte. 1651 schrieb Kirchmayer eine Schrift über den Scheintod, 1675 Sebast. A. 1680 stellte Borellus die Ansicht auf, dass das in die Lunge gedrungene Wasser dadurch den Tod verursachte, dass die Durchleitung der Luft oder der Umlauf des Blutes und der Luftzutritt, der für den Umlauf erforderlich ist, verhindert wird.

Camerarius wies dann 1683 und Waldschmid 1686 darauf hin, dass das Kopfstellen des Ertrunkenen nicht allein nutzlos, sondern



schädlich sei. Man hatte vorher geglaubt, dass bei Ertrunkenen der Tod durch Wassereintritt in Lungen und Magen verursacht sei. 1689 schrieb J. Bohn, dann Valentin, 1704 Becker, 1705 Craus zu Jena, 1707 Lancisi, 1708 Ettmüller, 1714 Detharding über den gleichen Gegenstand. In demselben Jahre gab Schroek den Luftröhrenschnitt zur Rettung Ertrunkener an; dann folgte 1719 Littre, 1725 Senac, 1731 Leprot, 1740 Haller, 1742 Winslow, Kemdmann, Evers, Koederer, v. Haller, Engelman, Squario, Gummer, Bikker, Solte, Kunst, Blech, Schmidt, welche in Dissertationen und sonstigen Schriften die Frage der Ursachen des Erstickungstodes in verschiedener Weise zu beantworten suchten. Auch die Dissertation von Lafeland aus dem Jahre 1783: *Sistens usum vis electricae in asphyxia* ist an dieser Stelle zu erwähnen.

Um diese Zeit gelangte dann eine weitere Zahl von Arbeiten und Untersuchungen über Scheintod, Rettungsmittel bei Erstickten, Ertrunkenen u. s. w. zur Veröffentlichung, eine Folge der damals entstandenen Rettungsanstalten, welche in verschiedenen Orten errichtet wurden. Von zahlreichen Dissertationen über Asphyxie und Mittel zur Wiederherstellung des Lebens seien unter anderen genannt: Wezler 1801, Cramette 1823, Appenberg, Metzendorff, Schultze 1827, Donovan 1828 u. s. w.

Von etwa der Mitte des 18. Jahrhunderts an wurde, wie oben kurz angedeutet, eine grosse Reihe behördlicher Verordnungen erlassen, in welchen darauf hingewiesen wurde, dass es Pflicht eines jeden Menschen sei, seinem in Noth befindlichen Nebenmenschen beizuspringen und auch nicht unehrenhaft Scheintodte zu berühren. An zahlreichen Orten wurde gegen den Aberglauben und das Vorurtheil, dass man Scheintodte nicht anfassen dürfe, zu Felde gezogen. Ferner wurden, um eine vorzeitige Beerdigung Scheintodter zu verhüten, auch die Zeichen des Scheintodes dem Publikum in behördlichen Bekanntmachungen dargelegt.

Diese Verfügungen häuften sich gegen Ende des 18. Jahrhunderts in erheblicher Weise. Einzelne Beispiele führe ich auch von diesen an. Zunächst eine Württembergische Verordnung von 1780:

„Von Gottes Gnaden Carl,  
Herzog zu Württemberg und Teck, etc. . . .

Unsere Gruss zuvor, Ehrsame, Liebe Getreue!

Wie gross Unsere Landes-Väterliche Vorsorge vor Unserer lieben und getreuen Unterthanen Gesundheit und Leben seye, davon sind Unsere verschiedentlich in das Land erlassene Landesherrliche Verordnungen so viele öffentliche Zeugnisse.

Wir ermüden aber in dieser Landes-Väterlichen Wachsamkeit niemals. Unser Augenmerk auch auf die Beerdigung der Todten zu richten, und Uns also nicht hat verlassen bleiben können, dass in Unsern Landen vielfältig mit derselben allzusehr umschicket werde, und man vielfach besorgen müsse, dass Menschen begraben werden, welche noch ein Leben seyn dürfte: und dass insbesondere vielfältig die böse Gewohnheit vorwalte, dass diejenige Kranke, von welchen man den Tod vermuthet, so bald kein Athem mehr an ihnen bemerkt wird, sogleich aus dem Bette weggeschafft, und mit verbundenem Maul und Angesicht, öfters kaum eingewickelt und zugedeckt, in eine kalte Kammer gelegt werden, auf diese Art aber manchmal Personen, welche

nur in einer dem Tod ähnlichen Schwäche liegen, wenn sie so schnell aus ihr Wärme gerissen werden, sich nicht mehr erholen können, und die bey ihnen et noch vorhandene Lebens-Geister durch eine solche Behandlung vollends zerst werden müssen: ingleichen dass die Beerdigung der Verstorbenen, vorzüglich auf d Land, aus Bequemlichkeit, oder wegen eines einfallenden Feyertags oder Buss- u Bettags, und des dabey sich einfindenden grösseren Leichen-Conducts öfters all früh vorgenommen werde, und dadurch manchmal noch nicht völlig Abgestorbe begraben zu werden Gefahr laufen:

So sehen Wir Uns, um diesem Unwesen soviel möglich zu steuern, und solc leidige Besorgnisse zu verhüten, nach Unsern tragenden theuren Regenten-Pflicht veranlasst, folgende gnädigste allgemeine Verordnung zu machen, dass

I) jede abgestorbene Person, wenn sie nicht eher aus- oder auflauft, wen stens 6 Stunden lang, ohne etwas mit ihr vorzunehmen, auf ihrem Lager unter fleissig Aufsicht gelassen werden, sofort, was

II) die Zeit der vorzunehmenden Beerdigung betrifft, jeder geistliche Orts-V steher bey jeglicher Leiche, welche ihm angezeigt wird, sich um die Art der Kran heit und des Todes genau erkundigen, und fürnemlich bey Krankheiten, welche n Krämpfungen, Unmachten, hysterischen Zufällen, ohne grosse Hize, verbunden g wesen, die Beerdigung ordentlicher Weise nicht eher als zweymal 24 Stunde na dem Tode gestatten, und in keinem andern Fall, als bey hitzigen Krankheiten, wob der Leichnam früher in die Fäulniss übergeht, und der gar bald sich einstellen üble Geruch das gewisseste Kennzeichen des ungezweiften Todes ist, besonde wann die Krankheiten epidemisch und contagios sind, und heisse Witterung einfällt, e Ausnahme zu machen, auch

III) bey der wirklichen Einlegung des Leichnams in den Sarg, die Vorsic genommen werden solle, dass diejenigen Personen, welche mit den Verstorbenen u zugehen pflegen, und respective von Obrigkeits-wegen dazu bestellt sind, als Leiche sägerinnen, Schreiner etc. in Fällen, wo man durch das Aus- oder Auflaufen, o den üblen Geruch von dem wirklichen Tod keine vollkommene Ueberzeugung h den entseelten Körper unter den Ribben und auf dem Bauch nachmalen mit gehörig Aufmerksamkeit betasten, ob an demselben keine Wärme mehr zu verspüren seyn möch

Damit nun diese Unsere-alleinig auf die Verwahrung Unserer lieben und getroc Unterthanen ab Zweckende Verordnung von jedermänniglich befolgt, mithin künftig betribten Unglücksfällen in Zeiten vorgebogen werde:

So versehen Wir Uns zu Euch in Gnaden, Ihr wordet dieselben Euren Arz untergebenen ordnungsmässig bekannt machen, auch die - bey Sterbfällen und - gräbnissen gewöhnlich gegenwärtige Personen, als die Stadt- und Amts-Physic Leichensägerinnen etc. nachdrücklich erinnern, nicht nur von selbst die - ihnen w geschriebene Sicherheits-Reguln fleissig zu beobachten, sondern auch, dass solc von andern geschehe, gehörige Sorge zu tragen; besonders aber die Ministros Ec siae auf dem Land gemessenst anweisen, dass solche über der hieoben gnädigst stimmten Beerdigungszeit sträkllich halten, und bey zu gewarten habender scha Ahndung und Unserer Ungnade sich keine Pflichten-widrige Nachsicht hierunter Schulden kommen lassen sollen. Daran geschieht Unsere Meynung, und Wir bleiben Euch in Gnaden gewogen. Stuttgart, den 8. Julii 1780.

Ex Speciali Resolutione Serenissimi Domini Ducis.“

In anderen Verfügungen sind, da sie für Nichtärzte erlassen wurden genaue Anweisungen zur Wiederbelebung Ertrunkener, Verschütteter u. s. gegeben. Beispiel hierfür ist folgende Württembergische Verordnung vom 1. März 1777:

nen, oder in das Wasser stürzen, oder ohne ihr Verschulden durch Unglück verschiedener Art in Lebens-Gefahr gerathen, dass sie auf solche unglückliche Weise in's Wasser fallen, bei grosser Kälte erfrieren, oder auch in Kellern von dem Brausen neuen Weins, in Zimmern vom Kohlen-Dampf, in lang verschlossen gewesenen Wölb- und Brunnen-Quellen, Wasser-Behältern, Cloaken etc. durch giftige Dünste ersticket werden, welcherlei unglückliche Leuthe meistens zu Grund gehen müssen, um die erforderliche Hülfe ihnen nicht in Zeiten wiederfährt, als durch welche sie derselben, wann gleich keine Empfindung, Wärme, Puls-Schlag und Athem mehr bei ihnen wahrgenommen worden, und nur die wirkliche Verwesung, so das einzige untrügliche Zeichen des wirklichen Todes ist, noch nicht angesetzt hatte, ehe sie hergestell't, und bei dem Leben erhalten worden sind.

Wie es nun in dergleichen Fällen darauf ankommt, dass die dienliche Hülfsmittel schleunig, und soviel immer möglich ohne Zeit-Verlust vorgekehret werden; darüber berichtet worden sind, dass es an bedem bisher meistens theils aus Unwissenheit, theils aus Trägheit und Lieblosigkeit, oder auch aus einem unchristlichen und unvernünftigen Vorurtheil einer eingebildeten Unehrllichkeit gefehlet hat. So sind Wir hierdurch bewogen worden, Unsere Landes-Väterliche Vorsorge auch auf diese der menschlichen Gesellschaft so wichtige Angelegenheit zu erstrecken, und allen daher, nachdem Wir sowohl die in dergleichen Fällen dienliche Hülfsmittel, als deren Anwendung, als auch die schädliche Hindernisse, und, wie diese aus dem Wege zu räumen, genau haben untersuchen lassen, nunmehr zum ungezweifelten Nutzen Unserer lieben und getreuen Unterthanen damit so umständlich, als uns möglich gnädigst verordnet haben, wie künftighin jedermänniglich bei vorkommenden solchen leidigen Fällen sich zu verhalten habe. Und zwar

I. Da bei dergleichen Verunglückten allervorderist das Haupt-Augenmerk darauf zu richten, dass ihnen soviel immer möglich eine schleunige Hülfe geleistet werde, um bei langem Anstand die Rettungs-Mittel beschwerlicher und ungewisser, ja gar unbrauchbar werden, verordnen Wir

1. so gnädigst als ernstlichst, dass keiner Unserer Herzogl. Beamten, Rathen, Magistraten, oder Commun-Vorsteher sich begeben lassen solle, bei vorkommenden

Hand anlege, und den Körper, wenn er dazu hinlängliche Kräfte hat, schaffenheit der Umstände aufhebe, aus dem Wasser ziehe, von dem schneide etc. und an Orth und Stelle bringe, wo die weitem Rettungs-Mittel wendet werden können. Würde aber einer allein nicht genugsame Kräfte ausziehen und Wegbringen des Körpers haben, so solle er den ersten, der stösset, zur Mithülfe aufrufen, oder, wann niemand in der Gegend sich findet in den nächsten Orth laufen, und die zu Aufhebung und Fortbringung der nöthigen Personen (wozu die Schultheissen und Commun-Vorsteher jeden Ort säumt verhöflich seyn sollen) herbeiholen.

3. Weil aber die leidige Erfahrung lehret, dass die Lieblosigkeit bei den Menschen so gross und allgemein ist, dass sie, an statt ihrem Neben-Menschen allen Gelegenheiten, besonders in Nothfällen, mit Hülfe beizuspringen, und ihre fürnehmste Menschen- und Christen-Pflicht zu beobachten und auszuüben mehr, wo nicht gar über des Nächsten Unglück sich zu erfreuen, doch kein Mitleiden und Barmherzigkeit vor ihn haben: So werden Wir durch Unserliches Consistorium veranstalten, dass die Gemeinden in einer schicklichen Predigt von der Pflicht, dergleichen verunglückten Menschen zu Hülfe zu eilen, dass die Hintanzetzung derselben eine schwere Verschuldung vor Gott sey drücklich und überzeugend belehret werden.

4. Gleichwie nun solchergestalten ein jeder Mensch und Christ, besondere ein jedes Mitglied der burgerlichen Gesellschaft in seinem Gewissen überzeugen muss, dass es verbunden seye, einem solchem Verunglückten beizuspringen; daher nicht zweifeln wollen, dass ein jeder Unserer gnädigsten Erinnerung kommen sich beeifern werde; in Ausübung dieser Pflicht aber einen und den vielleicht die Besorgniss eines ehrenrührigen Vorwurfs von andern zurückschrecken möchte, wie denn in vorigen Zeiten man bei den Zünften sich jezuweilen hat lassen können, einem Zunftgenossen die seinem verunglückten Neben-Menschen leistete Hülfe auf die unvernünftigste und sträflichste Weise zur Schande auszuweisen und ihm desshalb einen in seiner Profession und Nahrung nachtheiliger zu machen: Also wollen Wir jedermänniglich, besonders aber die Zünften gleichen ungerechten und unchristlichen Vorwürfen, so lieb ihnen ist, Unsrer Ungnade zu vermeiden, ernstlichst verwarnt haben. Besonders aber die Scharfrichter und Cleemeister sich nicht unterfangen, bei dergleichen Unglücken wann sie nicht von Obrigkeit wegen berufen werden, sich einzumischen, oder um desswillen, weil er an einer verunglückten Person Hand angelegt hat, den geringsten zu beeinträchtigen, massen widrigenfalls dieselbe mit harten Leiden werden angesehen, oder nach befindenden Dingen gar aus Unseren Herrschaften ausgeschafft werden.

5. Wann einem solchen Verunglückten die erste schleunige Hülfe gegeben und er an Orth und Stelle gebracht ist, wo man die fernere Rettungs-Mittel stellen kan: So sollen von den Anwesenden einige unverzüglich dem nächsten Aemten, wie auch dem nächsten Physico und Chirurgo von dem Vorfall Mittheilung geben, welche, besonders die letzte, sofort sich schleunig an den Orth, wo der Unglückte hingebracht worden, begeben, und nach ihrer Amts-Obiegenheit sollen, dass alle mögliche Rettungs-Mittel vorgekehrt werden.

Weil aber in dergleichen Unglücks-Fällen die Physici und Chirurgi öfters bald genug bei der Hand sind, und es gleichwohl dabei fürnehmlich eine schleunige Hilfs-Leistung, und zugleich auch darauf ankommt, dass keine schickliche Mittel angewendet werdet: So wollen Wir anmit

II. Eine umständliche und deutliche Belehrung, wie mit solchen Verunglückten zu verfahren, gnädigst anfügen.“

In dieser wird die Behandlung der Ertrunkenen, Erfrorenen, Ersticken, Erhängten angegeben, welche zuerst in den behördlichen Verfügungen berücksichtigt werden, während später die Aufmerksamkeit auch auf Verschüttete, scheinotdte Neugeborene u. s. w. gelenkt wird. So enthält eine unterm 17. Februar 1794 vom König von Schweden für Stralsund erlassene Verordnung Rettungsvorschriften für

„1. Ertrunkene, 2. Erhängte oder Erwürgte, 3. Erfrorene, 4. Vom Kohlendampf und andern ähnlichen Dünsten Betäubte oder Erstickte, 5. Von faulenden Dünsten Betäubte und Leblose, 6. Von sauren metallischen und andern mineralischen Dünsten Erstickte, 7. Vom Blitz Gerührte, 8. In Ohnmacht Versunkene und Schlagflüssige, 9. Neugeborene todscheinende Kinder, 10. Scheintodte, von denen man nicht wissen kann, wie sie ums Leben gekommen.“

Die wichtigsten behördlichen Verordnungen bezüglich der Errettung Verunglückter wurden in folgender Reihenfolge durch Struve u. A. veröffentlicht:

Die Kaiserliche von 1769.

Herzogl. Sachsen-Gothaische Verordnung, die leblos gewordenen und deren Rettung betr. v. 14. Dec. 1770. Fol.

Chursächs. Mandat die Rettung der im Wasser oder sonst verunglückten und für tod gehaltenen Personen betr. vom 26. Sept. 1773.

Churf. Bayerische Verordnung und Anweisung zu Rettung scheinbar toder Personen. München. 1775. 8.

Königl. Preuss. Edict vom 15. Nov. 1775 und vom 13. Jan. 1788.

Bernische Verordnung und Unterricht gleiches Inhalts. Bern. 1776.

Herzogl. Weimarsche Verordnung v. 21. Febr. 1776.

Strasburgische neue Verordnung die Ertrunkenen betreffend von 1777 und vom 6. Jul. 1782.

Hannöversche Universallandesverordnung und Unterricht etc. v. 24. Oct. 1780.

Braunschweig-Wolfenbüttelsche Verordnung und Unterricht v. 21. Dec. 1780.

Churf. Maynzisches Patent nebst umständlicher Medicinalverordnung der Hülfsmittel für Ertrunkene etc. v. 30. Mai 1783.

Herzogl. Meklenburgische Verordnung vom 16. Dec. 1783.

Die Erfurtische von 1783.

Die Rostocksche von 1784.

Die von mir angeführten Verfügungen von Schleswig-Holstein 1771, Württemberg 1777 und 1780 sind in diesen alten Veröffentlichungen nicht mit angeführt.

Es soll von genannten das Preussische Edict im Wortlaut wiedergegeben werden, da dasselbe weniger bekannt zu sein pflegt und eine Grundlage für viele später erschienenen gleichsinnigen Erlasse darstellt:

Edict wegen schleuniger Rettung der durch plötzliche Zufälle leblos gewordenen, im Wasser oder sonst verunglückten und für tod gehaltenen Personen, nebst Unterricht dieserhalb.

De Dato Berlin, den 15. Nov. 1775.

Wir Friederich, von Gottes Gnaden, König von Preussen, u. s. w., u. s. w.

Thun kund und fügen hiermit zu wissen, wie Wir aus Landesväterlicher Fürsorge für Unsere Unterthanen, um die öfters mögliche Rettung der durch plötzliche Zufälle leblos gewordenen, und durch einen sich selbst zugefügten oder sonst gelittenen gewaltsamen Tod umgekommenen, oder der auf eine oder die andere Art im Wasser verunglückten, wie auch der erfrornen, durch schädliche Dünste erstickten, erdrosselten oder erhenckten Personen, in alle Weise zu befördern, allergnädigst resolviret haben, alle nur mögliche Vorkehrungen deshalb zu treffen und zu veranstalten.

Wie Wir nun des Endes zuvörderst die aus alten Zeiten und Gebräuchen herührende, einer gesunden Vernunft und Religion entgegen laufende lieblose Vorurtheile des gemeinen Mannes, dass nohmlich die von einem, oder andern dergleichen verunglückten Personen zu leistende Beyhülfe, derselben Ehre einen Nachtheil verursache und zuziehe, hiermit gänzlich abzustellen nöthig finden: Als verordnen und befehlen Wir dahingegen hiermit in Gnaden, dass

I. von nun an ein jeder, ohne Ausnahme des Standes, der solche todtscheinende Körper antrifft, ohne den mindesten Verzug, und ohne dass es in diesen Fällen einer gerichtlichen Aufhebung und Feyerlichkeit bedarf, selbst gleich hülfliche Hand leisten, oder wenn solches von ihm nicht allein geschehen kann, sich der Hülfe anderer auf das schleunigste herbey zu rufenden Menschen bedienen und solchergestalt einen Erhenckten sogleich los zu schneiden, und den Strick oder das Band vom Halse abzulösen, einen im Wasser Ertrunckenen sogleich heraus zu ziehen, einen auf öffentlichen Landstrassen, anderen Wegen, oder in den Waldungen ange troffenen Erfrornen ohnverweilt aufzuheben, sodann in den nächsten Ort oder das nächste Haus zu schaffen, schuldig und gehalten seyn solle.

II. Ist, sobald diese erste Hülfe geleistet worden, der Vorfall der Obrigkeit des Orts, von einem der gegenwärtigen Personen anzuzeigen, mit Anwendung der in der Beylage vergeschriebenen Rettungs-Mittel, ohne die Ankunft der Gerichtspersonen, oder der des Ortes befindlichen Aerzte und Wundaerzte zu erwarten, sofort der Anfang zu machen, damit nach den Vorschriften zu verfahren, und zu versuchen, ob der Verunglückte dadurch wieder zum Leben zu bringen seyn möchte.

III. Muss eine jede Obrigkeit, welcher zuerst die Nachricht von solchergestalt verunglückten Personen hinterbracht wird, es mögen selbige unter deren oder einer anderen Obrigkeit Jurisdiction gefunden werden, daferne es nicht bereits geschehen, bey Vermeidung ernster Ahndung, die zur Aufhebung oder Abnehmung derselben, nicht minder zu Anwendung der erforderlichen Mittel, um dergleichen Verunglückte wieder zum Leben zu bringen, nöthige Veranstaltungen, alsobald, ohne irgend einigen Aufschub vorkehren, und dass hierunter nichts verabsäümet wird, genaue Acht haben und behörige Obsicht führen, und solches der Jurisdiction derjenigen Obrigkeit, wo der Körper gefunden und aufgehoben worden, zu keinem Nachtheil gereichen, vielmehr aber als Eingrif in die, einer anderen Obrigkeit zustehende Gerichtsbarkeit angesehen, noch als ein Actus possessorius gegen selbige angeführt werden.

IV. Soll demjenigen, welcher eine für ertruncken, erfrornen, erstickt oder erdrosselt gehaltene Person zuerst antrifft, und solche in dem zunächst gelegenen Ort zu weiterer Besorgung untergebracht hat, im Fall der Verunglückte dadurch und durch die mit ihm angestellten Versuche wieder zum Leben gebracht wird, ein Douceur von Zehen Thaler, wenn aber die angewandte Bemühung diesen Erfolg auch nicht gehabt hat, dennoch ein Douceur von Fünf Thaler, aus Unsern resp. Croy oder Krieges-Cassen jeder Provintz, gegen die jedesmal darüber beyzubringen obrigkeitliche Bescheinigung ausgezahlt werden; wie dann auch

V. die bey der Aufhebung eines solchen verunglückten Menschen wandte, oder durch den Gebrauch der vorgeschriebenen Mittel verursachte Unkosten

den Bedienten mit uns vor, zugehen, welche diesem Edicto zuwider handeln, der darinnen anbefohlenen Hülfleistung säumig finden lassen sollten, oder vernachlässigen, mit nachdrücklicher, und befundenen Umständen nach mit Strafe zu belegen; wie dann ausdrücklich hiermit festgesetzt wird, dass von die Rettung der oberwehntermassen Verunglückten sowohl, als das Ab- len der Erhenkten, niemanden an seiner Ehre und guten Nahmen irgends zum n oder Nachtheil gereichen soll, auch diejenige, welche denen Personen, die keue aus dem Wasser gezogen, Erfrorne oder Erstickte aufgehoben, oder einen kten abgeschnitten, dieserhalb Vorwürfe zu machen sich unterfangen sollten, pfündlicher Leibes- auch nach Befinden mit Zuchthaus- und Festungsbau- bezeuget, imgleichen, daferne gantze Innungen, Gilden, Zünfte oder Gemeinden dergleichen Ungebührnisse zu Schulden kommen lassen, diese, aller ihrer Privi- Rechte und Freyheiten verlustig, auch hierüber annoch die einzelne Mitglieder en, so die andern dazu angereizt oder verleitet, gleich anderen mit vorbe- en Strafen angesehen werden sollen; nicht minder die Hauswirthe und Ein- e, welche die Pflichten der Menschlichkeit sogar dergestalt vernachlässigen e, dass sie in dergleichen unglücklichen Fällen denen Hülfeleistenden, in An- ; der Aufnahme der Verunglückten, unerhebliche Schwierigkeiten zu machen dreisten sollten, und ihnen wohl gar die vorrätthige Hülf-Mittel, Leinenzeug, ung und Lagerstätte versagen, mit nachdrücklicher Leibes-Strafe bezeuget, dahin- aber denenjenigen, so sich hierunter willig finden lassen, eine billigmässige tigung deshalb angedeihen soll.

Wir befehlen demnach so gnädig als ernstlich, allen und jeden Unserer Unter- n, sich hiernach auf das genaueste zu achten, insonderheit aber Unseren hohen niedrigen Krieges- und Civil-Bedienten, Krieges- und Domainen-Cammern, sträßen in den Städten, Beamten und allen andern Gerichts-Obrigkeiten auf dem le, den Richtern, Schultzen und Schöppen in den Dörfern, und dem Officio Fisci, allem gehörigen Ernst und Nachdruck über dieses Edict, dessen Befolgung ohne- a die ersten Pflichten der Menschlichkeit erheischen, zu halten, die, so dawider edeln, resp. anzuzeigen und zur verdienten Bestrafung zu ziehen.

Damit sich auch niemand mit der Unwissenheit entschuldigen möge: So soll

## Beylage zu Vorigem.

Unterricht, durch welche Mittel plötzlich verunglückte, scheinende Personen in den meisten Fällen gerettet werden können.

Die Aertzte sind aus oft wiederholten sichren Erfahrungen überzeugt, dass meisten im Wasser verunglückte, erhenckte, durch schädliche Dämpfe betäubte, vor Kälte erstarrte Personen ins Leben zurück gebracht werden können, wenn il schleunige, vernünftige und anhaltende Hülfe geleistet wird.

Unwissende halten dergleichen Personen für todt, weil sie nicht mehr At holen, unempfindlich sind, wenn sie auch gerüttelt, mit Wasser oder starkriecher Feuchtigkeiten angesprenget, gebrannt u. s. w. werden, und weil nicht der gerin Puls-Schlag, weder in einer äusseren Ader, noch am Herzen bey ihnen gespühret w auch wohl bey der ersten Aderlasse kein Blut kommt. Aber diese vermeinte To Zeichen sind alle trüglich, und man hat bewährte Hülf-Mittel, wodurch der sch bar Todte, wenn auch die gedachten Anzeigen alle vorhanden wären, dennoch gerettet worden.

Einige dieser Hülf-Mittel kan nur ein Artzt verordnen, oder ein Wund appliciren, weil Vorsicht oder besondere Kunstgriffe erforderlich sind, wenn sie r schaden sollen. Andere sind von der Beschaffenheit, dass jeder Ungelehrter sie leicht und ohne Bedenken anwenden kan. Von diesen letzteren soll gegenwär Unterricht handeln.

Drey allgemeine Anmerkungen sind hier voranzusetzen:

Erstlich. So bald ein scheinbar Todter gefunden wird, muss sogleich, Sicherheit wegen, ein Artzt oder Wundartzt herbeygerufen werden, weil man i weiss, ob nicht kunstmässige Hülfe nöthig seyn möchte. Indessen verfahren die stehenden, ohne auf jener Ankunft zu warten, unablässig mit den bey jedem l unten zu lehrenden Mitteln.

Zweytens. Man muss nicht ablassen, wenn die angewandten Mittel l schleunige Wirkung äussern, sondern dem ohngeachtet einige Stunden damit fahren. Denn es ist oft bemerkt worden, dass alle Bemühungen eine geraume vergebens geschehen und am Ende doch geholfen haben; oder dass ein Mittel geschlagen, wenn alle übrigen schon umsonst versucht waren.

Drittens. Selbst dem Artzte oder Wundartzte muss nicht geglaubet wer wenn er auf dem blossen Augenschein, oder nach ein paar flüchtigen Proben ei solchen unglücklichen Menschen für todt erkläret. Denn in diesen Fällen kan a der erfahrendste Artzt, ohne wiederholte Versuche, nicht mit Gewissheit wissen, der Tod wirklich da, oder ob die Rettung noch möglich sey.

Sollten alle unten vorkommenden Hülf-Mittel in einem oder etlichen Fäl fruchtlos gewesen seyn; so lasse sich ja niemand abschrecken. Alle diese Mittel si von vielen gelehrten und sorgfältigen Aertzten so genau geprüft, und in den meist Fällen so hülfreich gefunden worden, dass man sie sicher als die besten unter d bisher entdeckten empfehlen kan, ob sie gleich, wie jede Artzeney, nicht Wund thun, oder in allen Fällen ohne Ausnahme helfen können. Der mitleidige Freu der Unglücklichen, wende sie mit Zutrauen immer an, wenn er einen solchen traurig Zufall findet. Denn er kann niehmals beurtheilen, ob nicht die Rettung noch mögl sey; und ist sie es nicht, so hat er die Beruhigung, das Leben eines Menschen ni verwahrloset zu haben.

## Erster Abschnitt.

## Von Hülf-Mitteln für Ertrunkene.

I. Wenn ein lebloser Körper im Wasser oder am Ufer gesehen wird, u schleunigst Anstalt gemacht werden, ihn behutsam aufs Trockne zu bringen.



3. Wenn man an einem bequemen Orte angelanget ist; so wird der Verletzte in ein nicht warmes Gemach gebracht, gantz entkleidet, überall mit trocknen, warmen Tüchern gerieben, und in ein Bette, oder sonst auf ein warmes Lager, wie man es haben kan, gelegt, und mit leichten gewärmten Betten, oder gewärmten andern Decken bis an das Gesicht bedeckt, oder auch mit warmer Asche, warmen Salze, oder gewärmten Sande, bis an den Hals so dick als möglich bestreuet. Man reibe ihm die Hände, die Füße und den Rücken, mit warmen Tüchern, (am besten mit rauhen wollenen) allenfalls auch mit einer weichen Hand, drücke und bewege auf eine gelinde Art mit gewärmten Händen den Unterleib besonders gegen die Herz-Grube zu; und fahre mit diesem Reiben eine lange Zeit fort.

3. Wenn ein Wundarzt zugegen ist; so wird er nicht ermangeln, sogleich den Verletzten zu schlagen, und zwar die Drossel-Ader am Halse, weil diese Ader in vielen Fällen noch am leichtesten Blut giebet. Ist kein Wundarzt zu erlangen, so ist kein Blut gekommen; so fährt man doch mit den andern Hülfsmitteln fort. Im andern Falle aber, (wenn kein Blut gekommen) muss beständig jemand nach der Bewegung der Ader sehen. Denn die Erfahrung hat gelehret, dass während der fortgesetzten Cur das Blut zu fließen anfängt; und dessen Verlust könnte dem Kranken sehr schädlich werden, wenn niemand Acht darauf hätte.

4. Ferner muss man, ohne jedoch mit dem Reiben nachzulassen, bemühet werden, warme Luft in die Lunge zu bringen. Dieses geschiehet am kürzesten, wenn ein gesunder starker Mensch seinen Mund auf den Mund des scheinbar Todten leget, und so zu wiederholten mahl mit Nachdruck viel Luft einbläset; wobey aber dem Verletzten die Nase zugehalten werden muss, damit die Luft desto gewisser in die Lunge dringe. Will dieses niemand thun; so kan man einen Blasebalg oder sonst eine vorhandene Röhre brauchen. Die Oeffnung der Röhre wird mit nasser Leinwand umgeben. Wenn sie in den Mund des Kranken gebracht ist, drückt ein Mensch die Lippen desselben ringsum fest daran, und ein anderer bewegt den Blasebalg ein mahl langsam auf und nieder, oder bläset langsam, doch mit Nachdruck, in die Röhre. Man kan auch Tobacks-Rauch in den Mund einblasen: um die Lunge zu

bringet das mit Oehl bestrichene Ende des einen Stiels in den Mastdarm des Kranken, und durch das andere bläset ihm ein Mensch den aus beyden Pfeiffen gestossenen Rauch ein. Knaster und Brasilien-Toback, sind hierbey am würcksamsten. Doch thut auch schlechterer im Nothfall gute Dienste.

6. Während dieser Verrichtungen reibe man das Gesicht und besonders die Schläfe des Kranken mit warmen Essig oder wohlriechendem Spiritus, halte ihm auch die stärcksten flüchtigen Wässer unter die Nase, z. E. den flüchtigen Hirschhorn-Geist, den flüchtigen Salmiak-Geist u. s. w., auch wohl, wenn nichts anderes bey der Hand ist, scharfen Essig, oder starken Brandtwein. Man blase ihm ferner von Zeit zu Zeit Schnupf-Toback, oder ein Niese-Pulver aus Violett-Wurtzel, Majoran, Rauten-Pfeffer, oder Niesewurtz, jedoch in kleinen Prisen und nicht allzu heftig, in die Nase-Löcher. Dadurch werden die Nerven zur Bewegung gereizt.

7. Mit diesen abwechselnden Bemühungen muss man einige Stunden nicht ermüden. Mittlerzeit kann das Gemach, wo der Kranke liegt, nach und nach, doch mässig, warm gemacht werden.

8. So lange kein Lebens-Zeichen wahrzunehmen ist, wäre es nicht nur unnütz, sondern auch gefährlich, dem Kranken Feuchtigkeiten einzuflössen. Man muss sich sogar hüten, ihm, wenn er auch wieder zu sich selbst kömmt, sogleich einiges Geträncke oder flüssige Arzeneyen zu reichen. In diesen ersten Augenblicken sind alle Werkzeuge noch so schwach, dass er leicht unglücklich schlucken könnte.

9. Dagegen wird der Wiederauflebende in ein gewärmtes Bette gebracht. War er bisher mit Asche oder Salz bestreuet gewesen, so reibet man ihn mit warmen Tüchern sanft ab. Wenn er dann vermögend ist zu schlucken, so gebe man ihm nach und nach jedesmahl einen Theelöffelvoll warmen Thee, oder warmes Bier mit Meerzwiebel-Honig vermischt, oder in dessen Ermangelung ein wenig warmes Wasser mit Essig oder Wein gemischt; und reibe ihm immerfort die Füße, Hände und den Rücken mit warmen Tüchern.

10. Wenn alle diese Hülfe geleistet ist; so überlasse man den Kranken der Vor-sorge des Artztes, welcher das übrige zu seiner Wiederherstellung und zur Cur des Fiebers, das gemeiniglich auf solche Zufälle folgt, besorgen wird.

## Zweyter Abschnitt.

### Von Hülfsmitteln für Erhenckte oder Erwürgte.

Wenn ein Mensch am Halse hängend, oder durch irgend eine äussere Gewalt, mittelst eines um den Hals geschnürten Bandes, erwürgt, ohne alle Lebens-Zeichen gefunden wird, so ist die schleunigste Hülfe nöthig: sonst ist der Tod unvermeidlich. Hoffentlich wird niemand, wer er auch sey, aus falscher Schaam, albernem, durch das jetzige Edict bürgerlicher Strafe unterworfenem Vorurtheil, oder aus kindischem Eckel, Anstand nehmen, dem Unglücklichen unverzüglich zu helfen, wenn er bedencket, dass der gegenwärtige Augenblick der einzige ist, da ein Mitgeschöpf gerettet werden kann.

Diese Rettung wird durch folgende Mittel versucht:

1. Das allererste, allernöthigste ist, dass derjenige, der zu einem so kläglichen Anblicke kommt, ohne sich zu bedenken, ohne erst um Hülfe zu rufen, das Band, oder was es seyn mag, abschneide, womit der Verunglückte aufgehängt, oder gewürgt ist. Wenn der Fall einen Gehängten betrifft, so wird jeden die Menschlichkeit er-innern, so viel möglich Sorge zu tragen, dass der Körper im Herabfallen nicht Schaden leide.

2. Der Todtscheinende wird bald, mit Behutsamkeit, in das nächste Haus gebracht, und in einem Gemach, worinnen weder Dunst noch viel Wärme ist, auf ein

asse schädlich; besser ist es, sie im Verfolg der Cur noch einmahl zu wiederholen.

4. Fliesset das Blut nicht; so wird der ganze Körper, vornehmlich aber der Kopf und das Gesicht, mit warmen Tüchern, welche auch wohl mit warmem Essig befeuchtet werden können, gerieben. Auch können Servietten in warmes mit Essig befeuchtetes Wasser eingetaucht, wohl ausgewunden, und um den Kopf und Hals gewunden werden. Die Hände, Füße und den Rückgrad reibe man mit Tüchern oder Leinwand, so wie oben bey dem ersten Abschnitt No. 2 vorgeschrieben worden.

5. Das Einblasen in die Lunge, imgleichen Tobaks-Clystire sind hier höchstgefahrlich. Wie mit beydem verfahren werde, ist in dem ersten Abschnitt No. 4 und 5 verordnet.

6. Man kan dem Kranken wohlriechende starke Spiritus unter die Nase bringen. Hingegen wäre es in diesem Falle schädlich, ihm diejenigen reizenden Substanzen, welche in dem ersten Abschnitte No. 6 beschrieben worden, in die Nase zu bringen. Das muss gänzlich unterlassen werden.

7. Wenn dann der Krancke Merckmahle des Lebens von sich giebet; so muss ihm etwas warmen Thee, mit Citronen-Saft, oder Essig, oder wenigem Wein zugesetzt, jedoch nur nach und nach, und in geringer Menge, einzuflössen befohlen seyn.

8. Ohne alles Bedenken kan ihm auch ein Clystir von Milch oder Habergrütze mit wenigem Salze, gegeben werden.

9. Die weiteren Genesungs-Mittel zu verordnen, überlasse man dem Arzte, der beurtheilen wird, ob eine wiederholte Aderlasse nöthig oder nützlich sey, Anweisung geben wird, was dem Kranken zur Erquickung gereicht werden darf.

### Dritter Abschnitt.

1. Hülfsmitteln für Personen, welche von schädlichen Dämpfen betäubet oder ersticket sind.

Man hat viele Beispiele, dass gewisse schädliche Dünste den Menschen alles Lebens berauben, auch wohl gänzlich ersticken können. Dergleichen Dünste entstehen unter andern in seit langer Zeit nicht eröffneten Gewölben in tiefen Kellern

In beyden Fällen besteht die erste Hülfe darinnen, dass man einen solchen Unglücklichen schleunigst an die frische Luft bringe, und ihn von allen engen oder drückenden Kleidungsstücken, so wie im zweyten Abschnitt No. 2 gelehret worden, befreye.

Die bloss Betäubten erhohlen sich oft bald, wenn sie mit Wasser angesprützt, wenn ihnen scharfriechende Sachen unter die Nase gehalten, oder ein paar Prisen Toback nach und nach behutsam in die Nase geblasen werden.

Ist aber in höherem oder geringerem Grade, eine wirkliche Erstickung vorhanden, alsdann wird mehr Bemühung und Zeit erfordert. Die bewährtesten Hülfsmittel in solchen Fällen sind folgende:

1. Man bringet den Verunglückten, welcher bereits der beschwerlichsten Kleidungsstücke entlediget ist, in ein kühles Gemach, worinnen die Fenster offen seyn müssen, die Witterung sey wie sie wolle. Man setzt ihn in eine Stellung, dass der Oberleib aufgerichtet ist, die Schenkel aber niederhängen, und setzt die Schenkel bis an die Knie in ein lauwarmes Fussbad, welches nach und nach mehr erwärmet werden kan.

2. Wenn ein Wund-Artzt zu erlangen ist; so wird er unverzüglich eine Ader, und zwar, wo möglich, am Halse öffnen.

3. Die Umstehenden halten indessen dem Kranken scharfriechende Sachen an die Nase, blasen ihm auch reizende Mittel in die Nase, nach der Anweisung im ersten Abschnitte No. 6.

4. Man muss ferner sich äusserste Mühe geben, den gewöhnlicher Weise gesperreten Mund des Kranken zu öffnen, und ihm nach dem Unterricht im ersten Abschnitt No. 4 Luft einzublasen.

5. Tobaks-Clystire sind hier ebenso heilsam, als in den vorher erwähnten Fällen. Die Art, sie zu appliciren ist im ersten Abschnitte No. 5 gelehret.

6. Oder man kan auch dem Kranken ein Clystir geben, aus einer Handvoll Rauchtobak mit einem starken Löffel Salz, in einem Nössel Wasser gekocht.

7. Endlich hat man in vielen Fällen schleunige Hülfe verschaffet, wenn der ganz nackte Körper des Erstickten öfters mit vielen Eymern kalten Wassers begossen wird.

Anmerkung. Personen, welche vom Schwefel-Dampfo des Blitzes ersticket sind, können in der Eyl, nach obiger Vorschrift, eben so, wie andere Erstickte behandelt werden. Nur kan man in diesem Falle, oder auch, wenn jemand vom Kohlen-Dampfe ersticket ist, nicht genug eilen, einen Artzt oder Wund-Artzt herbeyzuschaffen.

#### Vierter Abschnitt.

##### Von Hülfsmitteln für Erfrorene.

Jedermann weiss, dass Leute, welche sich einige Zeit in strenger Kälte befinden, sich oft ein Glied erfrieren, oft auch gänzlich erstarren. Im ersteren Falle ist die Cur unfehlbar und leicht, wenn der Leidende nicht damit säumet. Im anderen Falle ist die Wiederherstellung meistens möglich, wenn die gehörige Mittel angewendet werden. Hier ist der Ort zum Unterricht für beyde Fälle.

Dass ein Glied erfroren sey, bemerket man daran, wenn es weiss, unempfindlich und unbeweglich ist. Wer dieses wahrnimmt, bedecke und reibe den leidenden Theil mit Schnee oder kalten Wasser, worinnen zerstoßenes oder zerschabtes Eis liegt, so lange, bis er darinnen eine Hitze und ein brennendes Jücken empfindet. Alsdann sind die innerlichen Lebens-Bewegungen wieder hergestellt. Jedoch muss er sich nicht an einen warmen Ofen, oder an ein Feuer wagen.

Völlig erstarrte, leblosscheinende Personen, werden auf folgende Art in den meisten Fällen gerettet.

1. Man hüte sich, den erfrorenen Körper in ein warmes Gemach oder Bette zu bringen. Dieses würde ihn ohne Hülfe tödten. Vielmehr legt man ihn an einem kalten Orte in den Schnee, und bedeckt ihn damit ganz dicke, dergestalt, dass nur der Mund und die Nasen-Löcher offen bleiben. Der Schnee wird überall fest gedrückt: und wenn an diesem oder jenem Theile der Schnee zu schmelzen anfängt, so legt man frischen Schnee auf.

2. Träget sich der Zufall in einer trockenen Kälte zu, da kein Schnee lieget; so mache man leinene, zwey- bis dreyfach zusammengelegte Tücher, in eiskaltem Wasser, worinn zerstoßenes oder geschabtes Eis geworfen worden, sehr nass, und wickle damit den gantzen Körper so ein, wie es in der vorhergehenden Nummer beschrieben worden, trage auch Sorge, dass, wenn ein Fleck trockener, als die übrigen zu werden scheint, die Stelle sogleich mit frischen Tüchern umhüllet werde. Dass man die Tücher, wenn auch keine Wirkung gemercket wird, öfters von neuen eintauschen müsse, versteht sich von selbst.

3. Mit beyderley in den vorstehenden Nummern angerathenen Mitteln fährt man, nach Beschaffenheit der Umstände, fort, bis der Erstarrte völlige Merckmahle des Lebens von sich giebet.

4. Hat man es so weit gebracht; so trockne man ihn mit gewärmten Tüchern, und bringe ihn in ein gewärmtes Bette. Doch muss dieses in einem kalten Gemache stehen. Man gebe ihm auch, sobald er vermögend ist zu schlucken, allmählig eine Schale Thee, welcher mit wenigem Weine, oder etwas Essig vermischt ist.

5. Erfrorene Personen, wenn sie sich schon erhohlet haben, sind noch immer einem Schlag-Flusse, oder anderen übeln Zufällen ausgesetzt. Um dieses zu verhüten, muss man, während der ersten Hülf-Leistung, einen Wund-Artzt herbeyschaffen, damit nach der Erhohlung bald eine Ader geöffnet werden könne. Auch ist alsdann ein Pulver sehr wirksam, welches besteht aus

Gereinigtem Salpeter,  
Vitriolisirtem Weinstein,  
oder an dessen Stelle,  
Diaphoretischen Antimonio.  
von jedem 8. Gran.  
Campher 1. Gran.

Hervon kan man dem Krancken, wenn er anfänget sich zu erholen, alle drey Stunden etwa eine Messer-Spitze voll geben.

6. Im Fortgange der Besserung wird der Krancke mit Suppen und leichten Speisen gepflegt, auch kan das Gemach, wo er lieget, nach und nach erwärmet werden.

7. Sollte nach der Erhohlung noch ein einzelnes Glied fühllos bleiben: so wird es so lange mit Schnee oder genetzten Tüchern, nach der Vorschrift No. 1 und 2 bedeckt, bis die Empfindung wieder kommt.

8. Allen weiteren Rath suche man bey dem Artzte, welcher auch die eigentliche Nach-Cur besorgen wird.

#### Anmerkung.

Wer sich der Kälte aussetzen muss, wird aufs dringendste gewarnt, sich hitziger Getränke, besonders des Branndtweins zu enthalten. Sonst setzt er sich der Gefahr aus, von einer unüberwindlichen Neigung zum Schläfe überfallen zu werden, und alsdenn im Schläfe umzukommen. Sicherer ist es, wenn dergleichen Personen warmes überall zu habendes Bier mit etwas Ingwer zur Erwärmung zu sich nehmen.

Die in diesem Edict erwähnte Rettungsprämie, welche auch no heute in Preussen bei Wiederbelebungsversuchen Verunglückter zur Anzahlung gelangt, wurde noch genauer durch folgende „Declaration“ bestimmt:

Declaration des Edicts wegen zu belohnender Rettung der trunkenen Personen. De Dato

Berlin, den 24. Juny 1788.

Friedrich Wilhelm König u. s. w. Unsern u. s. w. Indem unterm 13. Jen dieses Jahres erlassenen Publicando, und dessen §. 4. ist, nach Massgabe des Ed vom 15. Novembr. 1775., denenjenigen, welche sich bey Rettung einer für ertrunk erfrohren, erstickt oder erdrosselt gehaltenen Person thätig beweisen, wenn das Le dadurch gerettet wird, eine Gratification von 10 Rthlr., im Entstehungsfall aber 5 Rthlr. aufs neue verheissen worden.

Da Wir jedoch nunmehr resolviret haben, vorbemeldte Disposition des Publicando vom 13. Jenner c. dahin zu declariren, dass fernerhin die Gratification in dachten Rettungsfällen nur auf resp. 5 Rthlr. und 2 Rthlr. 12 Gr. jedesmahl finden, in Absicht der Chirurgorum es hingegen bey den ad §. 7 festgesetzten doppelten Satz um so mehr verbleiben soll, weil zu vermuthen, dass, wenn Chirurgi sonst ihre Pflicht thun, sie wohl einige Tage mit einen solchen Verunglück Beschäftigung haben können; So machen Wir Euch solches zur eurer Nachricht Achtung in vorkommenden Fällen hierdurch bekannt, und habt Ihr deshalb das Erforderliche zu verfügen. Sind Euch mit Gnaden gewogen. Gegeben Berlin, 24. Jun. 1788.

Auf Special-Befehl.

v. Blumenthal, v. Gaudi, v. Werder, v. Mauschwitz, v. Schulenburg.

An sämmtliche Krieger-  
und Domainen-Cammern  
auch Deputationen  
excl. Schlesien.

Diese Prämie wurde auch in vielen deutschen und anderen Ländern ausgezahlt und gelangt noch heute zur Vertheilung, indem Aerzte, Gehülffen, Polizisten für die Wiederbelebung Scheintodter im Falle Rettung 30 M., bei erfolglosen Bemühungen 15 M. erhalten.

Patent des Holsteinischen Obergerichts, betreffend eine nähere Bestimmung Prämie für die Rettung der durch plötzliche Unglücksfälle dem Anschein nach leb gewordenen Personen, vom 1. März 1814. (Chron. Samml. p. 10.) Se. Königl. Majestät haben unterm 22. v. M. Allerhöchst unmittelbar festzusetzen geruht, da den Herzogthümern Schleswig und Holstein die in der Verordnung vom 25. April bestimmte Prämie für die Rettung der durch plötzliche Unglücksfälle dem Anschein nach leblos gewordenen Personen für die Zukunft mit 16 Reichsbankthalern in Silber auszuzahlen sey, falls nicht die Beikommenden es vorziehen sollten, die für solche That bestimmte Medaille zu erhalten. -- Diese etc.

(Eine gleiche Verfügung ward unterm 8. desselben Monats aus dem Schlesischen Obergericht erlassen.)

Die fast zur gleichen Zeit erlassenen Regeln bei der Behandlung plötzlich verunglückter und scheintodter Menschen vom 2. April 1 (Chron.-Samml. p. 116) lauten:

## Allgemeine Regeln.

Alles unnütze Zusammenlaufen neugieriger Zuschauer ist strenge zu verhüten, zum Rettungsverfahren allerhöchstens sechs Personen nöthig, und die übrigen nur hinderlich sind, und besonders in Stuben und Häusern die Luft verderben.

Bei solchen Verunglückten, die auf einer Hausdiele, oder in einer Stube oder auf einem beschränkten Raume behandelt werden, ist frische, reine, unverdorbene Luft höchst nöthig, welche durch Oeffnen der Fenster oder Thüren, ohne doch Zugluft (Holung) zu veranlassen, unterhalten werden muss.

Lärmen und Geräusch von andrängenden Neugierigen ist auch vor den Thüren und Fenstern strenge zu untersagen, weil dadurch die Hülfeleistenden an der zu dem Rettungsgeschäft nöthigen ruhigen Besinnung, so wie die Handlanger am freien Aus- und Eingehen gehindert werden.

Zur Erhaltung dieser äusseren Ruhe und Ordnung sind Civil- und Militärbedienen nöthigenfalls aufzufordern, und haben ungesäumt zu willfahren.

Die Fortschaffung eines Verunglückten, da wo kein eigener Tragkorb vorhanden sey es auf einer Tragbahre oder durch Anfassen der Arme und Beine, oder sonst in einer möglichen Art, muss ja immer so geschehen, dass der Kopf desselben nicht abhängt; je röther oder gar bläulicher Gesicht und Hals des Verunglückten ist, desto höher müssen Kopf und Brust desselben gehalten und nöthigenfalls besonders erstützt werden.

Bei dem Auf- und Abladen des Verunglückten darf er nicht unnöthig gedrückt werden, am wenigsten am Hals, Brust und Unterleib.

Alle fest anliegenden, straff gebundenen oder sonst engen Kleidungsstücke sind möglicherweise noch vor dem Fortschaffen des Verunglückten zu lösen. Kann Entkleiden nicht ohne vieles Bewegen und Wenden des Körpers geschehen, so reisse man die Kleider mit grosser Vorsicht ab, damit der Körper auf keine Weise verletzt werde.

Alles, was vor der Ankunft des ungesäumt herbeizurufenden Arztes oder Wundarzes etwa zur Rettung des Verunglückten von andern versucht werden kann, muss eifrig, ohne Heftigkeit, nicht ununterbrochen hinter einander geschehen. Uebermässige Thätigkeit schadet auch insofern, als man oft sich nicht einmal die Zeit stellt, auf wiederkehrende Lebenszeichen zu achten.

## Besondere Regeln.

- I. Bei einem Ertrunkenen.
- II. Bei einem Ersticken.
- III. Bei einem Erhenkten oder Erwürgten.
- IV. Bei einem Erfrorenen.
- V. Bei einem vom Blitze Getroffenen.

Anhang der Verordnung vom 22. April 1722, in Beziehung auf die Hundswuth, vom 25. Juli 1825 (Chron.-Samml. p. 185).

Unterm 25. Juli 1825 ist von dem Schleswig-Holsteinischen Sanitätscollegio ein neuer Abdruck der Verordnung wegen Rettung der durch plötzliche Unglücksfälle dem Leben nach leblos gewordenen Personen, vom 22. April 1772, veranstaltet, und desselben die in der Anlage A. enthaltene Anweisung in Beziehung auf die Hundswuth hinzugefügt.

## Anlage A.

Verhütung der Hundswuth bei Menschen.

Kennzeichen der Hundswuth.

Vorsichtsmassregeln.

Unter den Verordnungen, welche die Prediger von der Kanzel verlesen mussten, befanden sich auch solche über die sicheren Zeichen des Todes und über Hülfsmittel, welche bei anscheinend Leblosen anzuwenden wären.

Die Sorge für Verhütung von Unglücksfällen, besonders im öffentlichen Verkehr, bestand gleichfalls bereits in früheren Zeiten. Recht bemerkenswerth nach dieser Hinsicht sind die von Frank angeführten: „Gesetze wider das schnelle Fahren und Reiten. Oesterreichische, Bayerische und Sächsische.

Wegen dem geschwinden Fahren und Reiten muss aber die strengste Ordnung unterhalten werden. Zu London bekommt man von den Phaetons, Kapriolets u. d. gl. Fuhrwerken mit einem Pferde, die, wie eine Kugel, mit der grössten Gefahr durch eine Strasse fliegen, beynahe gar nichts zu sehen; zwey, drey und vier-spännige Wagen sind allein gewöhnlich. Durch eine Parlamentsverordnung vom 5. December 1731, ward zu Paris ein Spruch, den die Polizey gegen Antoine Janton, welcher durch starkes Reiten in der Stadt einen Mann und ein Weib niedergestürzt und dadurch verletzt hatte, ergehen lassen, bestätigt, und derselbe verurtheilt, dass er an den öffentlichen Pranger gestellt und mit einem Brustbild behangen werden sollte, auf welchem das Vergehen geschrieben stünde. Dieses Beispiel brachte aber doch keine grosse Wirkung hervor<sup>1)</sup>. Inzwischen ist, laut öffentlichen Nachrichten, 1783, der so gefährliche Gebrauch des Kabriolets in Paris verboten, und nur den Kaufleuten gestattet worden, sich ihrer zu bedienen, doch müssen solche mit Nummern bemerkt werden<sup>2)</sup>. Zu Wien ward die Polizey 1772 auf diesen Gegenstand durch ein Unglück aufmerksam gemacht, das einem ungarischen Bischofe, aus dem Hause Steilfurt widerfuhr, indem er von einem zierlichen Wagen tödtlich gequetscht worden. Der junge Führer dieses Wagens wollte dadurch, dass er zweien Schwestern des unglücklichen Prälaten ein Jahrgeld auswarf, seinen Fehler ehrenvoll verbessern. Joseph II. war mit dieser Genugthuung nicht ganz zufrieden, und befahl, dass der Unvorsichtige noch 2000 Dukaten in das Spital zu Prag bezahlen, bis auf weitem Befehl das Haus hüten, und in den österreichischen Staaten kein Gefährte mehr leiten solle. Zugleich ward befohlen: „dass niemand, von welchem Stande er seye, unter schwerer Strafe, in Städten anders als in Schritten Reiten oder Fahren sollte<sup>3)</sup>.“

In dem „Bürgervertrag der Stadt Stralsund“ findet sich eine Verordnung ähnlichen Sinnes:

Als ein Hochedler Rath zu wiederholten malen, und zuletzt unterm 25sten April 1796, eine allgemeine Verordnung ergehen und bekannt machen lassen, dass, so wie überhaupt alles rasche Reiten und unbesonnene Jagen der Kutschen und anderer Fuhrwerke durch die Strassen dieser Stadt, als auch besonders, dass im Dunkeln ohne ein brennendes Licht in einer Laterne bey sich zu haben, nicht gefahren werden soll, auf das ernstlichste und unter Androhung der nachdrücklichsten Beahndung

1) Ludwig XV. sagte einst: „Wenn ich Vorsteher der Polizey zu Paris wäre, ich würde die Kabriolets gänzlich verbieten! . .“ Tableau de Paris. T. I. pag. 37.

2) Ffrter. Reichszeit 1783. Nro. 46.

3) Journal encyclopedique. Janvier 1772. Inzwischen sah ich doch in Wien die Kutscher so schnell, als anderwärts herumfahren, so dass mich wundert, da nicht mehr Menschen, als wirklich geschieht, dadurch beschädigt werden.



ten, nach dem jeder sonst einen daraus entstehenden Schaden oder Schaden selbst bezumessen hat, und wird Herren des Gerichts empfohlen, durch der fleissig darauf sehen zu lassen, dass dieser Verordnung gelebet werde, denn auch die Contraventions Fälle gebührend zu bestrafen sich bestens n seyn lassen werden.

Stralsund, den 12. October 1798.

Bürgermeister und Rath der Stadt Stralsund.

Wasser diesen hat Frank noch in seinem vortrefflichen Werke eine Reihe von Anordnungen in Bezug auf Unfallverhütungen gegeben, den heutigen diesbezüglichen Polizeiverordnungen gleichen, sodass erstaunlich ist, bereits in jener Zeit Verfügungen zu finden, welche erlauben gestatten, dass bereits damals in genau gleicher Weise wie heute Unfälle begangen wurden, welche nicht nur das Leben der betroffenen Person, sondern auch die Gesundheit der Mitmenschen in Gefahr setzen konnten. Im Werk von Günther über die Hamburgischen Anstalten sind zwei Mandate ähnlicher Art erwähnt: „wider den gefährlichen und höchst schädlichen Gebrauch des nicht genugsam verminderten Kohlenfeuers“ vom Jahre 1795 und das „Mandat wegen frühzeitigen Eislaufens auf der Alster“ von 1792.

Es sind hier des geschichtlichen Interesses wegen diese alten Verfügungen zur Unfallverhütung mitgetheilt. Diese steht mit dem gegenwärtigen in Beziehung, ist aber heutzutage zu einem besonderen Gegenstand der öffentlichen Fürsorge geworden, so dass ihre Darlegung nicht in den Rahmen dieser Schilderung gehört.

Aus Stralsund sind dann noch folgende wichtigere Erlasse zu erwähnen, die Belehrung über die Zeichen des sicheren Todes und die Vorkehrungen zur Verhütung vorzeitigen Begrabenwerdens enthalten:

Patent vom 17. Februar 1794.

2. Muss der Sarg, ausgenommen bey ansteckenden Krankheiten, noch ehe auf dem Kirchhofe in Gegenwart des Leichengefolges vor der Einsenkung geöffnet wird.

3. Alle an Krankheiten in ihren Betten Verblichene sind nicht sogleich, sondern sie anscheinentlich verschieden, aus den Betten heraus zu nehmen, sondern lange auf warmen Lager zu lassen, bis sie alle natürliche Wärme verloren, kalt und steif geworden, oder von Sachverständigen für todt erklärt sind. Das Wegnehmen des Kopfkissens von einem Sterbenden, wird überall als schädlich verboten.

4. Bey jeden schleunigen Todesfall muss der scheinbare Todte nicht sogleich und ohne vorgängigen Versuch erforderlicher Rettungsmittel, als wirklich todt da gelegen, auch bey Gebäherinnen und dem Scheine nach todt gebohrnen Kind aller mögliche Fleiss angewandt werden, um die Mutter oder das Kind noch zu retten, wozu ein Arzt oder Wundarzt herbey gerufen, welcher sich, so wie jeder Prediger auf dem platten Lande ein Exemplar von dem Unterricht und Hilfsmitteln, so Verunglückte zu retten, anzuschaffen, und solche sich genau bekannt zu machen auch zu jedermanns Belehrung zur Hand zu halten hat.

5. Ein jeder, der einen solchen Verunglückten leblos findet, ist verbunden ihm selbst alle Hülfe sogleich zu leisten, die in seinen Kräften stehet, und dafür sorgen, dass der nächsten Orts-Obrigkeit von dem Vorfall sofort Anzeige geschehe, auch soll der herbeygerufene Arzt oder Wundarzt sich ohne Zeitverlust dahin begeben. Derjenige aber, so zuerst Hand anleget, eine angemessene Belohnung von allen Kosten-Ersatz erhalten, wenn jemand durch seine Hülfe gerettet wird.

6. Jedermann in Städten und auf dem Lande ist schuldig, solche Verunglückte in ihren Häusern aufzunehmen, und alles zur Hülfe Erforderliche herzugeben, der erweisliche Schaden und Kosten, wenn es sonst an Zugang dazu fehlet, von den Obrigkeiten und Herrschaften in Subsidium zu erstatten ist. Im Fall sich jemand davor weigert, soll er in gebührende Strafe gezogen werden.

7. Wird sämmtlichen Obrigkeiten und Orts-Herrschaften nachdrücklich empfohlen, sich die im Patent namentlich aufgeführten Geräthschaften und Mittel zu beschaffen, und zum Nothfall aufzubewahren.

Besonders bemerkenswerth ist die folgende Verordnung, in welcher ein Unterschied zwischen Gemüthskranken, welche in geistiger Verwirrung, und gemeinen Verbrechern, welche, um einer verdienten Strafe zu entgehen, Selbstmord verüben, gemacht wird.

Patent, betreffend die Beerdigungen verunglückter Personen, vom 17. Februar 1811

In diesem Patente werden Landes-Einwohner zuvörderst belehret, wie in Todesart eines, der sich erhängt, ersauft, erschossen, oder auf irgend eine andere Weise selbst entleibet, oder zu entleiben gesucht hat, eigentlich nicht das Schimpfliche Entehrende, wie gemeiniglich geglaubt wird, liege, sondern nur ein etwa vorhergegangen oder im Sinne gehabtes Verbrechen wahren Schimpf und Schande begründet, und wie dahero nicht alle Selbstmörder gleich zu achten sind, sondern ein billiger Unterschied zu machen ist, ob sie wegen vorher begangener oder intendirter Verbrechen, Schande und Abscheu verdienen, oder ob ihre Handlung aus einer Gemüthskrankheit entspringet, und also bey der Beerdigung solcher Personen billig ein Unterschied zu machen ist, so ist in diesem Patente verordnet:

1. Dass nur in dem Falle, wenn jemand um der Strafe einer mit einer Leibesstrafe zu belegenden Missethat zu entgehen, oder während der wider ihn verhängten Untersuchung eines schweren Verbrechens sich entleibet, dessen Körper auf Schinderkarren nach dem Richtplatz zu fahren, und daselbst einzuscharren.

2. In allen andern Fällen ist dem Entleibten ein ehrliches Begräbniß zu

... hat nur zur gerichtlichen Anzeige an den Beständigen, sondern auch zu einer  
senen Geld- oder nach Umständen, Gefängniss- oder Ruthenstrafe verurtheilt

dem Patente vom 27. September 1799 ist verordnet, dass unglücklicher  
ms Leben gekommene Personen nicht eher beerdigt werden sollen, als bis  
ihres Todes in Gewissheit gesetzt worden.

dem Ende sollen alle Jurisdictionsherrschaften verbunden seyn, bey  
gen und unerwarteten Todesfällen vor der Beerdigung solcher Personen die  
Untersuchung anzustellen, und nach sich ergebenden Umständen weiter  
zu verfahren: sämtliche Landes-Einwohner aber sind bey Strafe willkühr-  
behandlung angewiesen, die plötzlichen Todesfälle ihrer Obrigkeit oder Juris-  
Herrschaft anzuzeigen.

der weiter vorgeschrittenen Zeit sind die behördlichen Ver-  
gen zwar nach ähnlichen Gesichtspunkten aufgestellt, aber es zeigt  
reits der Einfluss der Forschungen und Fortschritte auf dem Gebiete  
ischer Wissenschaft. Trefflich lässt sich dies aus einer Verfügung  
en, welche gleichfalls nur als ein Beispiel von vielen hier ange-  
erden soll, der „Kurfürstlichen Medicinal-Ordnung“ vom 10. Juli 1830.  
ist:

#### A. Anweisung

Todtenbeschauer.

##### 1. Von der Ausmittlung des wirklichen Todes.

1. Die beginnende Fäulniss ist das einzige untrügliche Kennzeichen des  
Da jedoch dieselbe nicht sogleich nach dem Tode eintritt; so muss der  
beschauer noch besonders folgende Hülfskennzeichen des Todes berücksich-  
damit nicht im Falle des Scheintodes die erforderlichen Rettungsversuche ver-  
werden und der wirkliche Tod eintreten möge.
2. Den wirklichen Tod lassen vermuthen:

8. die bald nach dem Ableben eintretende kalte Erstarrung und Steifigkeit des viel schwerer scheinenden Körpers, die alle Muskeln auf eine gleiche Weise unbiegsam macht, wobei man aber auf etwa vorhergegangene Krämpfe oder Zuckungen und einwirkende Kälte Rücksicht nehmen muss,

9. Unempfindlichkeit gegen alle, selbst die stärksten, Reize,

10. wenn die Gegend des Körpers, worauf der Verbliehene ruhet, platt niedergedrückt und bläulich angelaufen ist,

11. wenn blasse, gelbgraue, braune, bläuliche, schwärzliche und gelbgrünliche Flecken (Todtenflecken) hier und da an den Theilen des Leichnams, als Folge von ausgetretenem Blute, zum Vorschein kommen (die aber nicht mit anderen an Lebenden vorkommenden Hautflecken verwechselt werden dürfen).

Finden die angeführten Kennzeichen des Todes grösstentheils oder sämmtlich Statt; so sind weiter keine Rettungsversuche erforderlich. Der Entseelte muss jedoch fortwährend in einem mild erwärmten Zimmer, in welchem von Zeit zu Zeit für die Erneuerung der Luft gesorgt wird, mit mässig erhobenem Kopfe und Oberleibe, nicht bedecktem Gesichte und unverbundenem Munde, in dem Bette liegen bleiben, so dass kein Theil seines Körpers gehemmt ist, Lebensäusserungen von sich zu geben, auch muss von Zeit zu Zeit von Seiten der Angehörigen nach ihm gesehen werden.

§. 3. Wenn aber endlich

a) der Leib stark bis zum Platzen anschwillt und vorzüglich mit den im §. 2, Nr. 11, erwähnten Flecken bedeckt ist, der süssliche Leichengeruch, den ein Sachkennner bald entdeckt, anfängt, in einen faulen überzugehen, oder

b) der Todte überschieset, das heiset, eine blutige wässerige Materie aus dem Munde und der Nase flieset;

so bestätigt sich der Tod bis zur Gewissheit. Der Verstorbene kann sodann entkleidet, und aus dem Bette auf Stroh in ein kaltes Zimmer gelegt werden.

## II. Von der Behandlung der Scheintodten.

§. 4. Scheintodt ist der Mensch, an welchem die sinnlichen Merkmale des Lebens nicht zu erkennen sind, bei dem jedoch die inneren Bedingungen desselben noch fortwähren.

§. 5. Der Verdacht des Scheintodes entsteht:

1. wenn die in den §§. 2 und 3 angeführten Kennzeichen des wirklichen Todes grösstentheils nicht vorhanden sind,

2. wenn plötzlich Erblichene an einer vorausgegangenen Krankheit gelitten haben, und von Natur sehr schwächlich, empfindlich, zu Ohnmachten und sonstigen Nervenzufällen, zu Hypochondrie, Hysterie (Mutterkrämpfen), zu Convulsionen, Epilepsie (fallender Sucht) geneigt sind, oder schon an vorübergehenden Stick- und Schlagflüssen, der Schlaf- und Starrsucht gelitten haben, wenn sie durch heftige Schmerzen, durch Fallen, Stossen, Verblutungen, durch andere häufige Abgänge, besonders durch eine schwere Geburt, äusserst entkräftet gewesen, und im Dunste von Kohlen, gährendem Weine, eröffneten Kloaken u. s. w. erstickt sind, oder starke Gemüthsbewegungen (als Schrecken, Zorn etc.) gehabt haben, überhaupt bei allen solchen Todesfällen, die sich unvermuthet und in Krankheiten zutragen, welche ihrer Natur nach nicht tödtlich sind,

3. wenn auf dem Gesichte eines Verstorbenen einige Spuren von einer übrig gebliebenen Lebhaftigkeit wahrgenommen werden und gefunden wird, dass der Augapfel nicht ganz unbeweglich, trüb und gesunken, auch die Pupille gegen die Lichtstrahlen noch etwas empfindlich ist,

4. wenn die auf den Tod folgende kalte Erstarrung nicht bald eintritt, und be-

anders in der Gegend des Herzens eine Wärme zu fühlen ist, auch die Gelenke noch beweglich sind,

5. wenn aus einer geöffneten Ader noch Blut flieset, oder aufgetropftes lebendes Wasser oder Blasenpflaster nicht ohne Wirkung sind.

Sehr anschaulich ist von gleicher Stelle auch die:

Anweisung  
zur zweckmässigen  
Anwendung der Rettungsmittel  
bei  
Scheintodten, Verunglückten und sonst  
plötzlich in Lebensgefahr Gerathenen,  
nebst  
dem Wissenswürdigsten über den Biss wüthender Thiere.  
Herausgegeben  
auf Veranlassung des  
kurfürstlichen Ministeriums des Innern  
im Jahre 1824,  
durchgesehen und vermehrt im J. 1830.

#### Einleitung.

Die Gesundheit und das Leben der Menschen sind durch viele schädliche Einflüsse gefährdet, von denen zwar mehrere durch Vorsicht vermieden werden können, manche aber so plötzlich eintreten, und mit den Berufsgeschäften und der Lebensart derselben so innig verbunden sind, dass sie nicht immer verhütet werden können, und die Menschen in einen dem Tode ähnlichen Zustand, den Scheintod, versetzen, welcher bei mangelnder schnellen, zweckmässigen Hülfe in den wirklichen Tod übergeht.

Bei so dringenden Lebensgefahren ist es Pflicht eines Jeden, nach Kräften einem Mitmenschen beizustehen, um ihn von dem Tode zu erretten. Der glückliche Erfolg dieser Bemühungen hängt jedoch sehr von der schleunigen und richtigen Anwendung wirksamer Mittel ab, um bis zum Herbeieilen eines Arztes oder Wundarztes eine zweckmässige Hülfe leisten zu können, wozu die nöthige Anleitung für Jedermann hierdurch ertheilt werden soll.

#### Erster Abschnitt.

##### Von dem Scheintode.

##### A. Allgemeine Belehrungen und Maasregeln.

- §. 1. Kennzeichen des Todes.
- §. 2. Allgemeine Maasregeln zur Wiederbelebung Scheintodter.
- §. 3. Hülfeleistungen, welche zur Wiederbelebungen bei allen oder doch den meisten Scheintodten erforderlich sind.

##### B. Nähere Vorschriften über die einzelnen Rettungsmittel.

- §. 4. I. Luft-Einblasen.
- §. 5. II. Erwärmung des Scheintodten.
- §. 6. Mittel zur Anfachung des erlöschenden Lebens (Reizmittel).
  - III. Reiben und Bürsten des Körpers.
  - IV. Reiz zum Brechen durch Kitzeln des Schlundes.
  - V. Riech- und Niesemittel.

- VI. Einwirkung auf Gesicht und Gehör.
- VII. Besprengen mit kaltem Wasser (Tropf- und Spritzbad).
- VIII. Klystiere.
- IX. Kalte Kopfbegiesungen.
- X. Blasenziehende Mittel.
- XI. Elektrizität und Galvanismus.
- XII. Sonstige starke Reitzmittel.
- §. 7. Der ärztlichen Abordnung vorbehaltene Mittel.
- §. 8. Vorsicht und Abwechselung bei den Belebungs-Versuchen.
- §. 9. Fortsetzung des Rettungsgeschäftes.
- §. 10. Erste Behandlung des Wiederbelebten.
- §. 11. Verfahren bei der Erfolglosigkeit der Wiederbelebungs-Versuche.

### Zweyter Abschnitt.

Besondere Vorschriften für die Behandlung einzelner Arten des Scheintodes und der Unglücksfälle.

- §. 12. Behandlung Ohnmächtiger.
- §. 13. Behandlung Lebloser durch Fall oder Sturz.
- §. 14. Behandlung Fallsüchtiger (Epileptischer).
- §. 15. Behandlung scheinotdter Betrunkener.
- §. 16. Behandlung Schlagflüssiger.
- §. 17. Behandlung vom Blitze Getroffener.
- §. 18. Behandlung Erfrorner.
- §. 19. Behandlung Ertrunkener.
- §. 20. Behandlung Erhängter oder Erwürgter.
- §. 21. Behandlung der durch Dunst Erstickten.
- §. 22. Benehmen bei der Erstickungsgefahr durch verschluckte Sachen.
- §. 23. Verfahren bei Verbrennungen.
- §. 24. Behandlung heftiger Blutungen.
- §. 25. Anzeigen einer Vergiftung.
- §. 26. Behandlung der an Gift Leidenden überhaupt.
- §. 27. Verfahren rücksichtlich der einzelnen Gift-Arten.
- §. 28. Fortsetzung.
- §. 29. Behandlung der durch starke Säuren und Laugensalze Beschädigten.
- §. 30. Behandlung scheinotdt neugeborener Kinder.

Aus diesen behördlichen Bestimmungen offenbart sich der Geist und der Fortschritt der Humanität und Wissenschaft in den damaligen Zeiten. Gerade die Preussische Verordnung steht noch unter dem frischen Eindruck, welcher durch die von Holland ausgegangenen ersten organisirten Rettungsgesellschaften der Welt hervorgerufen war. Von jener Zeit, dem Ende des 18. Jahrhunderts, an datirt ein gewaltiger Umschwung auf dem Gebiete des Rettungswesens, welcher sich ausser in in zahlreichen Städten vorgenommenen Einrichtungen und Veranstaltungen in einer Fülle von Schriften kundgibt. Da von diesen aber nur wenig bekannt geworden und der Neuzeit überkommen ist, ist diese Glanzperiode des Rettungswesens der Vergessenheit anheimgefallen. Und doch muss sie dieser ent-rissen werden, um zu zeigen, dass Vieles, was heute als neu und ur-

sprünglich angesehen wird, bereits vor mehr als 120 Jahren vorhanden gewesen.

Es ist kein Zufall, dass die erste Rettungsgesellschaft der Welt in Holland errichtet wurde. In dem von zahlreichen Wasserläufen durchzogenen Land ereigneten sich naturgemäss viele Unfälle, durch welche die Aufmerksamkeit hier in höherem Masse als an anderen Orten auf die Nothwendigkeit der Errichtung von organisirten Rettungseinrichtungen gelenkt wurde. In dem 1793 erschienenen Bericht über die Thätigkeit der Rettungsgesellschaft zu Amsterdam während der ersten 25 Jahre ihres Bestehens sind wichtige Daten für die Begründung der Gesellschaft angegeben.

Die eigenartigen örtlichen Verhältnisse der Stadt mit ihrer verhältnissmässig grossen Einwohnerzahl bedingten besondere Vorkehrungen zur Ersten Hülfe bei Ertrunkenen, deren Einrichtung vom Deichgrafen von Amstelland Abraham Calkoen ausgieng. Er veranlasste die Behörden zum Erlass folgender Veröffentlichung:

#### Publicatie.

De Wel Edele Gestrenge Heer Bailluw van Amstelland en Scheepenen van de respective Districten in Amstelland, vernomen hebbende, dat door een verkeerd begrip van de ordres omtrend Drenkelingen gestatueerd, verscheide ongelukkige Menschen, die eenige tyd onder het Water hebben gelegen, im plaatse van geholpen te worden, alleenlyk op te Wal werden gehaald, met de beenen in het Water blyvende hangen, waar door alle hoop tot reddinge benomen word; Doen te weten, dat het een iegelyk vry staat, diergelyke Menschen, wanneer aan dezelve geene uiterlyke Wonden, of teekenen van een zekere Dood bespeurd worden, uit het Water te haalen, en in Huys te brengen; zynde men echter gehouden, wanneer de hulpmiddelen van geen effect zyn geweest, daar van aanstonds kennis te geeven aan den Wel Edelen Gestrengen Heer Bailluw van Amstelland, zyn Wel Ed. Gestrenge Stedehouder, of van Scheepenen van het district, met byvoeging van tyd en plaats, waar de Drenkeling gevonden en opgehaald is geworden.

Aldus Gearresteerd wegens Ouder-Amstel en Waverveen, den 7. October 1766. Praesentibus den Wel Edele Gestrenge Heer Mr. Abraham Calkoen, Bailluw en Dykgraaf van Amstelland etc., etc., Albert van Paddenburg, Cornelis Verwey Gysbertsz., Steven Vis, Claas Regtuit, Eldert Loenen, Leendert van Ravensbergen en Adrianus Vink, Scheepenen van Ouder-Amstel.

En Gepubliceerd den 15. January 1767. Praesentibus Albert van Paddenburg en Cornelys Verwey Gysbertsz, Scheepenen.

In kennis van my Secretaris  
J. Nolthenius.

In Nieuwer-Amstel, den 9. October 1766. Praesentibus den Wel Edelen Gestrengen Heer Bailluw en Patricus Wilhelmus Davidson, Cornelis Roddaar, Andries Nitters, Henricus van Harreveld, Anthoni de Heus, Klaas Zuyderhuys en Jan de Bruyn, Scheepenen van Nieuwer-Amstel.

En gepubliceerd den 15. January 1767. Praesentibus Henricus van Harreveld en Klaas Zuyderhuys.

In kennis van my Secretaris  
Gale Isaac Gales.

Te Diemen den 3. January 1767. Praesentibus den Wel Edelen Gestrengen Heer Bailluw, en Teunis Ensink. Jacob Everts van der Linde, Hendrik Mastensz., Roelof Drager, Roelof Worst, Jan Nack en Cryn Versteeg, Scheepenen van Diemen.

En gepubliceerd den 15. January 1767. Praesentibus Teunis Ensink en Jacob Everts van der Linde.

In kennisse van my Secretaris  
Manasse Hoogburen.

#### Advertissement.

Tot redding van menschen, die in het Water gevallen zynde, niet al te lang daarin gelegen hebben, schoon dezelve spraakeloos, en zonder eenige uiterlyke tekenen van leeven daar uit gehaald worden, is volgens het advis van verscheide voornaame Doctoren het volgende noodzakelyk:

Vooreerst moeten dezelve, zo ras uit het Water gehaald zyn, gebragt werden in een warm Vertrek voor en groot Vuur.

2. Moet men met een Blaasbalk door het Fondement de Darmen opblaazen. By gebrek van een Blaasbalk, kan zulks gemakkelyk door een Tabakspyp geschieden, ja zelfs door de Scheede van een Mes, daar de uiterste punt is afgesneden.

3. Moet men met wolle Lappen of met Borstels de Borst en Buik vryven.

4. Moet 'er op den Arm of in de Hals-Krop-Ader eene Bloedlatinge geschieden, voornamentlyke in bloedryke Lichaamen.

5. Moet met Geest van Ammoniac-Zout of met Brandewyn het hoofd gewreeven worden, en het zelve onder de Neus gehouden worden.

Door deeze hulpmiddelen by tyds in 't werk te stellen heeft de ondervinding geleerd, dat verscheide Menschen en Kinderen, die voor dood weg gedraagen wierden, gered zyn geworden.

Zeg het voort.

Calkoen veranlasste eine kleine Zahl von Menschenfreunden, von denen Claude Noortwyck, Jacob de Clereq, Jean Scipion Vernede zu nennen sind, die Einrichtung weiterer Mittel zur Errettung Ertrunkener zu berathen und auch die Provinzial- und Gemeindebehörden für die Ausführung des Planes zu interessiren.

Es muss hier hervorgehoben worden, dass Unglücksfälle durch Naturereignisse in früheren Zeiten zuerst die Aufmerksamkeit erregten, Unfälle, wie sie durch die heutigen Verhältnisse des Verkehrs und der Fabriken hervorgebracht werden, damals nur selten waren, obschon erstere, wie aus der oben abgedruckten Fahrordnung hervorgeht, immerhin auch in den Kreis der Betrachtungen gezogen wurden.

Der hier abgedruckte Entwurf erschien am 26. August 1767 in No. 86 des Wochenblattes „Der Philosoph“ und bereits am ersten Tage der Begründung hatte die neu errichtete Gesellschaft „Maatschappij tot redding van drenkelingen“ die Genugthuung, dass ein Ertrunkener nach den von ihr aufgestellten Regeln ins Leben zurückgerufen wurde. Als Belohnung für Menschenrettungen setzte die Gesellschaft 6 Dukaten oder eine goldene Medaille von gleichem Werthe oder eine silberne aus.

In den folgenden Jahren erschienen in zahlreichen Städten von Holland ähnliche Bekanntmachungen, und es wurden gleichfalls Ein-



rspritze mit Elfenbeinansatz, zwei wollene Handschuhe oder Faust-  
huhe, ein Aderlassgeräth nebst Binden, ein Feuerstahl mit  
nm und Stein, einen Schwamm, eine Scheere, ein Messer, Spatel,  
te, Federn und eine neue Art von Tabaksdampfapparat.

den ersten 25 Jahren ihres Bestehens bis 1792 hatte die Gesell-  
nach dem Originalbericht, dem die gesammten Angaben entnommen  
90 Menschenrettungen zu verzeichnen, von welchen allein 404 auf  
dam entfielen.

usser in Holland verbreitete sich die Kenntniss von der erfolg-  
Thätigkeit der neuen Gesellschaft in vielen anderen Ländern.

Deutschland hatte zuerst die Hamburgische „Gesellschaft zur  
erung der Künste und nützlichen Gewerbe“ 1768 eine von ihr  
te Anleitung zur Rettung Ertrunkener und mehrere damals als  
lich angesehene Maschinen zur Anwendung der Tabaksrauch-  
re in den Barbierstuben und an anderen zweckmässigen Orten ver-  
ind eine Belohnung für jeden ihr angezeigten Rettungsfall ausgesetzt.  
ings findet sich bereits 1762 in den einschlägigen Acten ein behörd-  
Auftrag und Plan zur Behandlung der Verunglückten und Gewährung  
Belohnung für erfolgreiche Behandlung. Der erwähnte herrschende  
laube von der Unehrllichkeit eines gewaltsamen Todes besonders  
ersonen, wo es ungewiss war, ob der Tod durch Selbstmord ver-  
t, und von Uebertragung der Unehrllichkeit auf Diejenigen, welche  
solchen Körper berührten, liess selbst erwähnte Gesetzschriften  
ksam bestehen. Nur eine im Jahre 1765 an die Garnison er-  
ne Verfügung war das vorläufige Ergebniss:

den im Wasser Verunglückten sofort zu Hülfe zu eilen; selbigen, sobald der  
ste Zweifel obwalte, ob noch Leben bei ihnen befindlich sey, die Aufnahme in

der Behandlung der auf dem Eise Verunglückten an. Genau sind auf besonderen Tafeln die Orte angegeben, wohin Verunglückte, welche an bestimmten Stellen gefunden, hinzubringen sind. Es findet sich hier die noch heute häufig bestätigte Erfahrung, dass „man ohne specielle Vorschrift, wohin die Körper zu bringen, und welcher Wundarzt herbeizurufen ist, jemals erwarten kann, dass nicht über die Frage: wo bleiben wir mit dem Körper und wen rufen wir zu Hülfe? gerade der glücklichste und nicht selten sogar der entscheidende Augenblick verloren gehen sollte, besonders in den grossen Städten, wo die bekanntesten Aufnahme-Oerter sehr selten die nächsten sind. Allgemeine Anweisung, den Körper nach der nächsten Wache zu bringen, den nächsten Wundarzt herbeizuholen, machen es hier nicht aus, das lehrt die Erfahrung.“ Sorgsam sind alle einzelnen Vorschriften dargelegt, wo die Rettungskästen zu finden, und in welcher Weise nach Auffindung eines Körpers zu verfahren ist. Auch auf die Behandlung Erdrosselter und in Kohlendampf Erstickter wird die Behandlung ausgedehnt. Für bedenklich wurden bezeichnet Aderlässe, Brechmittel, Tabaksklystiere. Das erwähnte Mandat sollte durch öffentlichen Anschlag, Einrücken in die Zeitungen, in den Wirthshäusern, Barbierstuben, bei den Predigern, Schullehrern, Vögten, Wundärzten und Hauptleuten vertheilt, in den Volkskalender eingerückt, den Lehrern der Volks- und Armenschulen und des Waisenhauses mitgetheilt werden. in ähnlicher Weise also, wie etwa 140 Jahre später es auch üblich geworden, dergleichen Anstalten zur Kenntniss des Publikums zu bringen.

Die für die Rettung Verunglückter damals gebräuchlichen Geräthschaften sind im Folgenden aus dem Originalwerk von Günther: „Gesichte und Einrichtung der Hamburgischen Rettungsanstalten für im Wasser verunglückte Menschen“ abgebildet.

Mit dem Sucher (Abbildung 1) wird der Körper aufgesucht, mit der geöffneten Zange (Abbildung 2) erfasst und dann mit der geschlossenen emporgezogen. Die Zange öffnet sich beim Herunterlassen ins Wasser durch ihre eigene Schwerkraft und durch das Sinken des eisernen Ringes o, im Uebrigen ist der Mechanismus der Geräthe aus den Abbildungen leicht ersichtlich. Der Preis der beiden Werkzeuge betrug zuerst etwa 27 bis 30 Mark (Hamburgische), später aber bereits 45 Mark. Für die Rettung im Eise Verunglückter wurde, da einfache Stricke, welche den Verunglückten zugeworfen wurden, auf dem brüchigen Eise nicht immer gefahrlos für den Retter waren, 1776 an den Leinen hölzerne Kugeln befestigt, in der Folge aber wieder verworfen, weil hiedurch der Verunglückte der Gefahr der Verletzung ausgesetzt war. 1781 wurde daher ein anderer Versuch mit einem sehr ursprünglich erdachten Eisboote gemacht, welches nach Angabe des Schutenführers Thomas Ritzler gefertigt war und seinen Zweck gut erfüllte, da es im Wasser und auf dem Eise gebraucht und von einem Menschen gehandhabt werden konnte. Das Boot (Abbildung 3) ist aus Korb geflochten und aussen mit Leder überzogen, um das Eindringen des Wassers zu verhüten. Unten aussen ist das Boot mit zwei eisernen Schienen belegt,

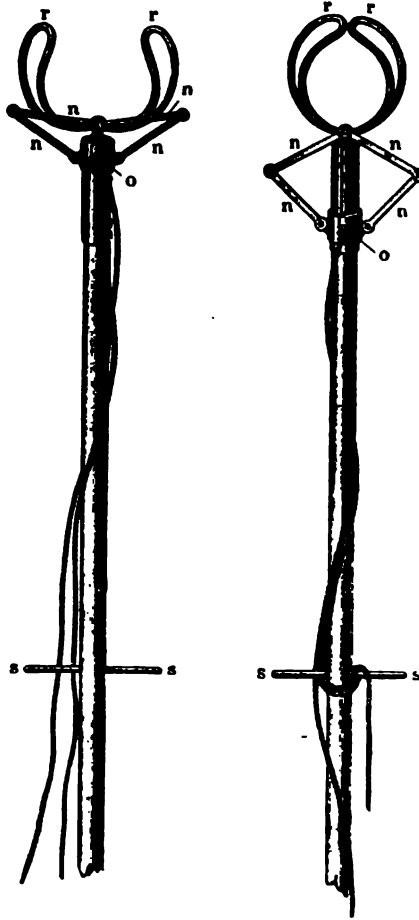
man es mittelst zweier Haken auf dem Eise fortbewegen zu können. Der Boden hat eine viereckige Oeffnung, deren Seiten nach innen durch Wände gegen das Eindringen von Wasser geschützt sind. Ist das Boot nicht auf dem Eise fortzuschieben, so tritt der Retter in die Oeffnung und kann den Kahn an den an den Innenwänden der Oeffnung angebrachten

Abbildung 1.



Sucher.

Abbildung 2.



Fangzange.

Hamburg 1768.

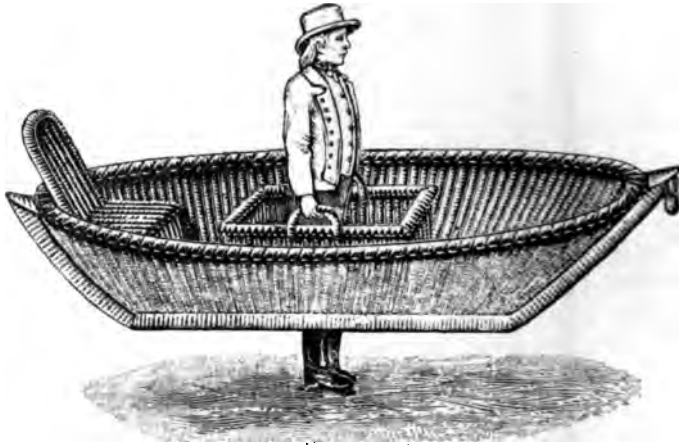
und haben erheben und forttragen. Sinkt das Eis unter ihm ein, so dringt er sich in das Boot und bringt es mit den Haken durch das schmelzende Eis bis zum Verunglückten. Das Boot kostete 264 Mark. Außerdem war eine Eisleiter angegeben, an deren oberster Sprosse eine Leuchte befestigt war, mit welcher der auf der Leiter liegende Retter, welcher später angeseilt wurde, durch eine zweite auf dem noch sicheren

Eise stehende Person, welche auch das Seil festhielt, an die Unfallstelle hingeschoben wurde. Ein langes am Ende mit Schleife versehenes Tau wurde später hinzugefügt. Zur Aufsuchung des Körpers wurde auch ein eiserner Haken verwendet, welcher an einer Stange befestigt war, und dessen Ende in vier stumpfe Haken nach Art eines Ankers auslief. Er wurde dem Verunglückten gereicht, damit dieser sich daran festhielte, oder zur Auffindung auf dem Grunde liegender Ertrunkener benutzt.

Um den Körper des geretteten Patienten fortzuschaffen, wurde die aus Korb geflochtene Tragbahre benutzt, welche im Artikel „Fürsorge auf dem Gebiete des Krankentransportwesens“ auf Seite 375 abgebildet ist.

Wie in Holland war auch in Hamburg der richtige Gedanke vorhanden gewesen, die zur Rettung erforderlichen Arzneien und Geräte

Abbildung 3.



Eisboot der Hamburgischen Rettungsanstalten 1768.

stets zusammen bereit zu haben. Als Muster wurden die in England vorhandenen Rettungskästen nach Angabe von Cogan und Kite verwendet, deren Einrichtung von dem Chirurgus Redlich 1790 sinnreich vervollständigt wurde. Im Laufe der Zeit liess die Gesellschaft 18 solcher Kästen an verschiedenen Stellen der Stadt und deren Nähe aufstellen. Der Schlüssel wurde versiegelt, das Siegel durfte nur von dem zur Rettung sich einfindenden Wundarzt gelöst werden. Der Inhalt des Kastens war folgender:

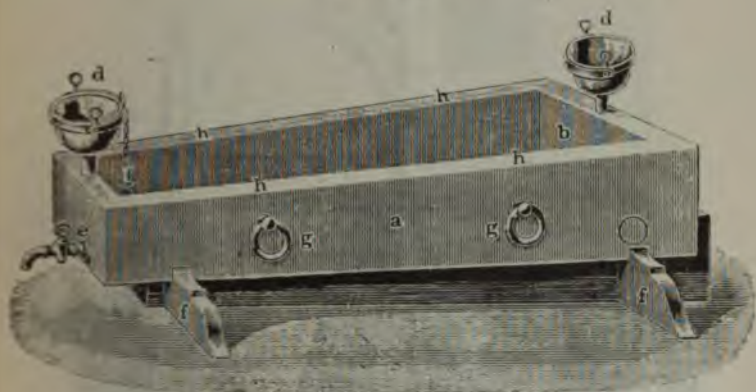
Mehrere kleine Flaschen mit rectificirtem Weingeist, Weinessig, Oel, „weissem Franzwein,“ flüchtigem Salmiak, Vitriolnaphtha, Senfsamen, eine Tabakrauch-Klystiermaschine, eine lederne Röhre nebst Blasebalg, um Luft in die Lungen zu bringen, eine lederne Röhre, um Arzneistoffe in den Magen einzuführen, eine kleine Injectionsspritze, um die Kehlen von Schlamme zu reinigen, drei wollene Decken, vier Bürsten und sechs

wollene Tücher zum Reiben, einige Brechmittel, zwei Aderlasslanzetten, ein Pfund Rauchtobak, eine Aderlassbinde und Polster, zwei Federn, Schwamm und etwas Leinen, ein Taschenmesser, ein Feuerzeug; Kamillen- und Fliederblumen, etwas Kochsalz, ein Exemplar der Anleitung zur Behandlung der Verunglückten.

Besonders bemerkenswerth ist, dass bereits der Magenschlauch in den Kästen vorhanden gewesen. Die Anwendung einzelner Stücke des Kasten ist durch die Anleitung (siehe unten) als bedenklich erklärt. Es liegt daran, dass die Kasten früher eingerichtet waren, als die Anleitung entworfen war. Die Kosten eines solchen Behälters betrugen 200 Mark Hamburger Courant.

Haupterforderniss zur Herstellung des Geretteten waren Erwärmung

Abbildung 4.



Wärmebank (London und Hamburg) um 1780.

des Körpers und Einleitung der künstlichen Athmung, welche noch heute zu diesem Zweck erfolgreich angewendet werden. Zur Erwärmung dienten wollene Schlafröcke und Mützen und ferner die abgebildete Abbildung 4) Wärmebank aus Metall mit doppeltem Boden und Wänden, zwischen welche kochendes Wasser gegossen wurde. Die Füße sind aus Holz, mit den Handhaben kann das Geräth leicht befördert werden. Vor den Kopf ist eine hölzerne Platte angebracht. Der Körper wird auf einen Strohsack gelegt und ringsum mit wollenen Decken bedeckt. Das Geräth ist auch ohne Weiteres zur Verabreichung eines warmen Bades zu gebrauchen. Es kostete 200 Mark.

Zur Wiederherstellung der Athmung diente der von Gorey, Arzt im Militärhospital zu Neubreisach, erfundene doppelte Blasebalg (Abbildung 5). Das Rohr ist biegsam aus gummirtem Taft hergestellt und wird durch einen spiralig gebogenen Draht offen erhalten. Es läuft in ein elfenbeinernes Ansatzstück aus, welches vorn abgerundet ist, um es in die Nase des Patienten zu bringen, oder platt gestaltet,

und für Erste Hülfe empfohlen ist, viele Stimmen gegen seine Anwendung laut geworden sind.

An jener Stelle heisst es: „Das Sauerstoffgas hat uns bis jetzt durchaus keine Vorzüge vor der atmosphärischen Luft, zu der auch die Lungen gebildet sind, bemerken lassen. Vielmehr zeigte sich diese noch wirksam, wo jenes nicht half, aber nie umgekehrt“.

Auch der Nutzen der Rauchtabaksklystiere, welche zuerst sehr viel empfohlen waren, wurde später vielfach angezweifelt. Es wurde zu ihrer Verwendung Maschinen angegeben, indem der in einer Büchse entwickelte Rauch durch einen Blasebalg dem Patienten, welchem die röhrenförmige Endigung der Büchse in den Mastdarm gebracht war, eingeblasen wurde. Jedenfalls ist dies Verfahren bequemer und appetitlicher als dasjenige, dem Kranken aus einer Tabakspfeife mit langer Stiel, der in den Mastdarm geschoben wird, den Rauch mit dem Munde einzublasen, wie dies oben angegeben.

Wie heute bei Asphyktischen vielfach mit gutem Erfolge der Induktionsstrom angewendet wird, so hatte man damals bereits den elektrischen Strom in Benutzung gezogen. Es wurde hierfür die Volta'sche Säule gebraucht, welche in Hamburg zusammen mit dem dazu gehörigen Apparate nicht fehlen durfte. Dass Hufeland über die Verwendung des elektrischen Stromes zur Wiederbelebung Bewusstloser seine Dissertation verfasst, war bereits erwähnt worden.

Die genannten in Hamburg für das Rettungswesen gegebenen Anleitungen sollten den bei den Feuerspritzen angestellten Mannschaften vorgelesen und ihnen ein Stück des „Mandates“ eingehändigt werden. Damals bestand also schon der Gedanke, die Feuerwehr auch mit dem sanitären Rettungsdienst zu betrauen. Frank betont die „Nothwendigkeit, beim Brand eigene Retter zu bestellen“, welchen ausser dem Löschen des Feuers die technische Rettung obliegen sollte:

„Diese besondern Rettungsmänner müssten aus einem zweckmässigen Handwerke, wo möglich aus der Zunft der Zimmerer oder Maurer, etc. gewählt werden, und nicht nur mit einem deutlichen Kennzeichen, damit sie von Niemandem an der Ausübung ihrer Pflichten gehindert würden, versehen seyn; sondern sie müssten von der Polizei mit allen zur Rettung von Menschen nöthigen Werkzeugen versehen werden. Der verdienstvolle Herr Docktor Krünitz hat in seiner, jeder grössern menschlichen Gesellschaft ohnentbehrlichen ökonomischen Encyclopädie, verschiedene dieser Werkzeuge beschrieben und deren Nutzen gezeigt. Gewisse vorher wohl angenetzte Strickleitern mit Hacken versehen, die, wenn sie den Eingesperrten wohl zugeworfen worden, angeklammert und befestiget werden; dergleichen mit starken Knöpfen oder auch mit Knebeln versehene Stricke, einige vorher gleichfalls in Wasser getränkte Körbe, die an starke Seile befestigt, zur Aufnahme der Kinder, oder eines schwachen Kranken, dienen können; selbst eine eigne Maschine, um solche an einem Seile herunter zu lassen; eine Gattung von einem starken, ebenfalls angenetzten Fangtuche, oder wie

Wenn auch die Rettung eines Menschen aus dergleichen Gefahren, überdies ein auszeichnender Preis gesetzt würde, so könnte man einer solchen Bestellung gewiss den herrlichsten Segen hoffen.“

Die Hamburgische Gesellschaft hatte in den ersten 25 Jahren ihres Lebens von 1769—1793 im Ganzen 187 Fälle von Rettungen zu verzeichnen, von welchen 75 erfolgreiche waren. Für diese wurden bei Stadtpræfectur 3097, bei der Gesellschaft 1388 Mark an Belohnungen abgefordert, während die Kosten für die Anschaffung und Erhaltung der Rettungsgeräthe 3462 Mark betrugen. Von 1794—1825 wurde bei 132 Personen chirurgische Hülfe angewendet, welche bei 497 von Erfolg begleitet war. Durch schnelles Herausziehen ohne chirurgische Hülfe wurden im gleichen Zeitraum 1324 Personen gerettet, so dass von 1769—1825 die Gesamtsumme der Geretteten 1896 betrug. Von 1794—1825 wurden 16 256 Mark an Prämien ausgezahlt, der Werth der Ehrenmedaillen betrug 1477 Mark, Anschaffung und Erhaltung der Rettungsgeräthe 17 641 Mark.

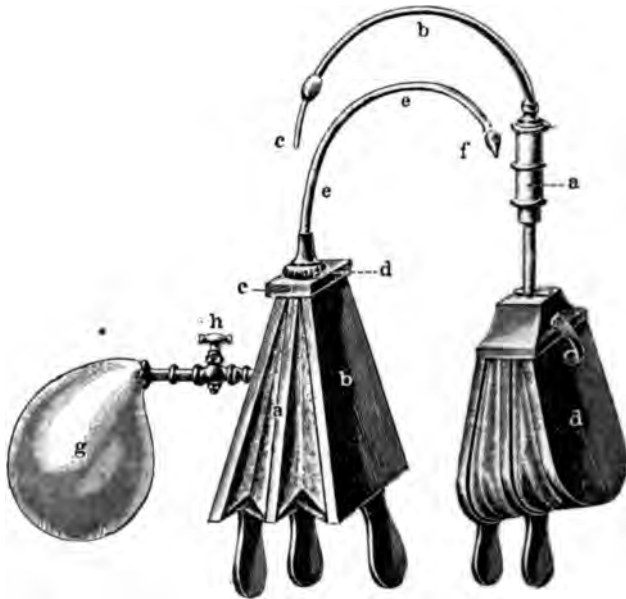
Das kurz erwähnte Hamburgische Mandat für die Rettung Verunglückter enthält sehr ausführliche Vorschriften und lautet:

„Das ursprüngliche und erweiterte Mandat, die Rettung der im Wasser verunglückten oder sonst erstickten Menschen betreffend.

Da die Erfahrung lehrt, dass die Rettung und Wiederherstellung im Wasser verunglückter oder sonst erstickter Menschen, der bisherigen Verordnungen und Anstalten ungeachtet, noch immer sehr oft bloß durch Vorurtheil, Unthätigkeit, Mangel an Theilnehmung und an Ordnung, zu späte Anwendung der Hülfe, oder zu frühes Aufhören mit derselben, vereitelt wird: so haben Wir Bürgermeister und Rath der Stadt Hamburg Uns bewogen gefunden, zur möglichststen Wegräumung dieser Hindernisse, und zur möglichsten Beförderung dieses gemeinen Endzwecks, die bisher hierüber ergangenen Verordnungen folgendermassen zu erweitern und näher zu bestimmen:

um es in den Mund einzuführen. Durch eine Ventileinrichtung erhält der eine der beiden Theile, wenn das Geräth in Thätigkeit versetzt wird, Luft aus der Atmosphäre, der andere aus den Lungen. Drückt man den Apparat wieder zu, so geht die aus den Lungen gezogene Luft aus dem einen Theil in die Atmosphäre, durch den zweiten streicht die atmosphärische Luft in die Lungen. „Da man aber durch unvorsichtiges zu schnelles Treiben der Blasebälge leicht schaden kann, so sollte diese Handlung nur von Personen übernommen werden, die den Mechanismus der Respiration kennen.“ Das Verfahren ist natürlich heute nicht mehr in Anwendung.

Abbildung 5.



Dr. Gorcy's Blasebalg zur Einbringung von Sauerstoff in die Lungen 1790.

Bemerkenswerth ist die dann folgende Beschreibung. Wenn man dem Kranken statt der gewöhnlichen dephlogistisirte Luft zuführen wollte, so konnte unter dem einsaugenden Ventil des einen Blasebalges eine mit „Lebensluft“ gefüllte und mit Hahn verschlossene Blase angeschraubt werden. Dieses Gas ist „bekanntlich derjenige Bestandtheil der ordentlichen atmosphärischen Luft, ohne den dieselbe zum Brennen des Feuers und zum Athemholen nicht brauchbar ist, und den man hauptsächlich aus erhitztem Braunstein oder Salpeter in derjenigen Reinheit und Unvermischtheit entwickeln kann, dass er das Brennen des Feuers sowohl als das Athemholen in hohem Grade befördert und erleichtert“. Es wurde also bereits damals Sauerstoff zur Wiederbelebung wusstloser angewendet. Die in der Abbildung 5 an dem Blase



brachte Blase veranschaulicht die Art, in welcher der Sauerstoff aufbewahrt wurde. Die dephlogistisirte Luft wurde in einer Flasche aufbewahrt, aus welcher die zum Anschrauben an den Blasebalg bestimmte Blase gefüllt wurde, indem sie an eine Röhre des doppelt durchbohrten Stopfens der Flasche angeschraubt wurde. Durch eine in die durch den Stopfen geleitete längere Röhre wurde durch einen

Abbildung 6.



unter Wasser in die Flasche gegossen, dadurch das Gas in die Blase hineingetrieben, und letztere dann durch einen Hahn verschlossen. Ich bilde in der Abbildung 6, zum Vergleiche die jetzt gebräuchliche Art der Aufbewahrung und Anwendung des Sauerstoffes ab, auf die wir noch später zurückzukommen haben. Es sei hier aber noch kurz eine Kritik über den Werth des Sauerstoffes aus dem Günther'schen Buche mitgetheilt, welche um so bemerkenswerther ist, als gerade jetzt, wo die Anwendung des Sauerstoffes wieder bei einer Reihe von Erkrankungen

und für Erste Hülfe empfohlen ist, viele Stimmen gegen seine Anwendung laut geworden sind.

An jener Stelle heisst es: „Das Sauerstoffgas hat uns bis jetzt durchaus keine Vorzüge vor der atmosphärischen Luft, zu der auch Lungen gebildet sind, bemerken lassen. Vielmehr zeigte sich diese nicht wirksam, wo jenes nicht half, aber nie umgekehrt“.

Auch der Nutzen der Rauchtabaksklystiere, welche zuerst sehr empfohlen waren, wurde später vielfach angezweifelt. Es wurde zu ihrer Verwendung Maschinen angegeben, indem der in einer Büchse entwickelte Rauch durch einen Blasebalg dem Patienten, welchem röhrenförmige Endigung der Büchse in den Mastdarm gebracht war, eingeblasen wurde. Jedenfalls ist dies Verfahren bequemer und angenehmer als dasjenige, dem Kranken aus einer Tabakspfeife mit langem Stiel, der in den Mastdarm geschoben wird, den Rauch mit dem Munde einzublasen, wie dies oben angegeben.

Wie heute bei Asphyktischen vielfach mit gutem Erfolge der Induktionsstrom angewendet wird, so hatte man damals bereits den elektrischen Strom in Benutzung gezogen. Es wurde hierfür die Volta'sche Säule gebraucht, welche in Hamburg zusammen mit dem dazu gehörigen Apparate nicht fehlen durfte. Dass Hufeland über die Verwendung des elektrischen Stromes zur Wiederbelebung Bewusstloser seine Dissertation verfasst, war bereits erwähnt worden.

Die genannten in Hamburg für das Rettungswesen gegebenen Anordnungen sollten den bei den Feuerspritzen angestellten Mannschaften vorgelesen und ihnen ein Stück des „Mandates“ eingehändigt werden. Damals bestand also schon der Gedanke, die Feuerwehr auch mit dem sanitären Rettungsdienst zu betrauen. Frank betont die „Nothwendigkeit, beim Brand eigene Retter zu bestellen“, welchen ausser dem Löschen des Feuers die technische Rettung obliegen sollte:

„Diese besondern Rettungsmänner müssten aus einem zweckmässigen Handwerke, wo möglich aus der Zunft der Zimmerer oder Maurer, etc. gewählt werden, und nicht nur mit einem deutlichem Kennzeichen, damit sie von Niemandem an der Ausübung ihrer Pflicht gehindert würden, versehen seyn; sondern sie müssten von der Polizei mit allen zur Rettung von Menschen nöthigen Werkzeugen versehen werden. Der verdienstvolle Herr Docktor Krünitz hat in seiner, jetzt grössern menschlichen Gesellschaft ohnentbehrlichen ökonomischen Encyclopädie, verschiedene dieser Werkzeuge beschrieben und deren Nutzen gezeigt. Gewisse vorher wohl angenetzte Strickleitern mit Hacken versehen, die, wenn sie den Eingesperreten wohl zugeworfen worden, aufgeklammert und befestiget werden; dergleichen mit starken Knöpfen oder auch mit Knebeln versehene Stricke, einige vorher gleichfalls in Wasser getränkte Körbe, die an starke Seile befestigt, zur Aufnahme der Kinder, oder eines schwachen Kranken, dienen können; selbst eine eigene Maschine, um solche an einem Seile herunter zu lassen: eine Gattung von einem starken, ebenfalls angenetzten Fangtuche, oder wie

sey; oder als ob man dadurch in Weitläufigkeit und Kosten gerathen könne; oder ob bei einem bereits erstarrten oder todtscheinenden Körper keine Hülfe mehr möglich sey. Vielmehr wird einem Jeden, der einen solchen Körper in sein Haus nimmt, möglichst schnelle Beschützung seines Hauses gegen allen Anlauf, möglichst schnelle Abnahme des etwa nicht wieder belebten Körpers, und gänzliche Entfreierung von allen Unkosten, vielmehr im Gegentheil billige Erstattung etwa durch die Aufnahme oder durch die Herbeischaffung von Betten, Decken und sonstigen Geräthen, veranlassten Schäden und Kosten, und verhältnissmässiger Theil an den nachher zu erwähnenden Belohnungen obrigkeitlich zugesichert.

Verfahren beim Herausziehen, Transportiren und Behandeln bis zur Ankunft des Arztes oder Wundarztes.

2. Da die Möglichkeit der Rettung grösstentheils mit vor der Art, wie Körper aus dem Wasser gezogen, transportirt und bis zur Ankunft des Arztes oder Wundarztes behandelt wird, und von der hiebei anzuwendenden gehörigen Vorsicht abhängt, so erinnern und ermahnen wir Jedermann, und besonders alle diejenigen, welche sich auf dem Wasser oder in dessen Nähe aufhalten Absicht aller dieser Punkte, die hierüber von der hiesigen Gesellschaft zur Beförderung der Künste und nützlichen Gewerbe entworfene und zugleich mit diesem Manifest unter No. 1 publicirte Anweisung, sich wohl bekannt zu machen, selbige fleissig nachzulesen, und in vorkommenden Fällen zu befolgen; gleichwie solches der dieser Stadt in Militär- oder sonstigen Diensten stehenden Mannschaft, hiemit als Ernstes geboten wird.

Wohin der Körper zu bringen ist.

3. Da die möglichst schnelle Aufnahme des Verunglückten an einen geräumigen, geräumigen und im Winter leicht zu erwärmenden Ort, und möglichst schleunige Fürsorge für die Erwärmung des Aufenthalts sowohl, als Körpers selbst, für die Herbeischaffung der dazu erforderlichen Decken und Geräthe und für die Leistung der nöthigen Handreichung, ein zweites, durchaus unentbehrliches Erforderniss der Rettung ist: so hegen Wir das feste Vertrauen, dass ein jeder in der Nähe des Unglücksfalles wohnender Hausbewohner, so viel die Umstände erlauben, zu diesem Werk der Liebe, auch ohne gesetzliche Vorschrift, und ohne Rücksicht auf die nachher zu erwähnenden Belohnungen, gerne und freiwillig Hand bieten werde; wie sich denn bereits die meisten hiesigen Amts-Wundärzte und Bader, und einige andre hiesige Bürger, rühmlichst dazu erboten haben. In so fern aber keiner der Anwohnenden sich freiwillig zur Aufnahme des herausgezogenen Körpers erbiethen möchte, ist derselbe, unter sorgfältiger Beobachtung der in der gedachten Anweisung No. 1 beschriebenen Vorsicht, sofort, auf allen Fall, und wenn er gleich noch so lange im Wasser gelegen (blos den einzigen Fall ausgenommen, wenn er bereits in völlige stinkende Fäulniss übergegangen), nach den nächsten Verzeichnissen, in der Nachweisung No. 2 namhaft gemachten Aufnahme-Oertern zu bringen und zugleich die nächste Wache herbeizurufen; indem alle Soldaten und andre Wachen nicht nur von diesen Aufnahme-Oertern besonders unterrichtet, sondern auch zur unverzüglichen Beihülfe bei dem Transport, und zur unverzüglichen Besetzung desjenigen Hauses oder sonstigen Aufenthalts, in welches der Körper gebracht worden beordert sind.

Wer in den Aufnahme-Ort eingelassen werden darf.

4. Alles Eindringen missiger Zuschauer in dasjenige Haus oder sonstigen Aufenthalt, wohin der Verunglückte gebracht worden, wird hiemit gänzlich

**versagt**; indem es nicht nur eines Theils äusserst unbillig wäre, denjenigen, der **seine Wohnung** aus Menschenliebe hierzu einräumt, dadurch in Ungelegenheit und **Unsicherheit** zu setzen; sondern auch andern Theils durch diesen Anlauf der Platz **verengt**, die zur Herstellung unumgänglich erforderliche reine Luft verdorben, und **die Rettung** selbst verhindert wird. Es ist daher den Wachen bei strenger Strafe **verboten**, ohne ausdrückliche Erlaubniss des Hausbewohners, oder des zuerst **angekommenen Arztes** oder Amts-Wundarztes, schlechterdings keinem andern den **Eintritt** zu gestatten, als:

a) den beiden zuerst herbeikommenden Aerzten, und den beiden zuerst **herbeikommenden Amts-Wundärzten**, und, wenn diese noch nicht da sind, den beiden **zuletzt kommenden Wundarzt-Gesellen**;

b) dem **Rahts-Wundarzt**, in Rücksicht seines Amts-Geschäftes;

c) dem zu den Rettungs-Anstalten deputirten Vorsteher der Gesellschaft zur **Förderung der Künste und nützlichen Gewerbe**, in Rücksicht auf die nachher zu **ertheilenden Belohnungen**;

d) von den Angehörigen des Verunglückten nur höchstens drei zur Zeit, jedoch **so ihrer mehrere sich abwechselnd folgen dürfen**.

Noch weniger aber dürfen die Wachen sich unterstehen, von irgend Jemanden **Insgelder** zu fordern oder anzunehmen.

#### Anstellung der Versuche zur Wiederherstellung.

5. Das dritte Erforderniss zur Rettung ist die **schleunige Herbeirufung** des  **nächsten Arztes** oder Wundarztes, von denen man schon ohnehin, nach ihren **sondern Berufspflichten**, auch unaufgefordert, alle Willigkeit zur schnellsten **Anstellung** der nöthigen Rettungsversuche und alle Beharrlichkeit bei deren, in **Rück-** **sicht** auf die oft erst nach mehreren Stunden gelingende Herstellung, unermüdet fort- **zusetzenden** Anwendung mit Recht erwarten kann: wobei die auch hierüber von der **Gesellschaft** zur **Beförderung der Künste und nützlichen Gewerbe** für weniger **Kundige** bekannt gemachte, und in allen Wachthäusern, auch Barbier- **und Badstuben** zugleich mit diesem Mandat unter No. 3 affigirte **An-** **weisung** sorgfältigst zu befolgen, auch von den in dieser Absicht von der gedachten **Gesellschaft** **angeschafften**, mit den erforderlichen Arzneien und Geräth- **schaften** versehenen **Rettungskasten** sofort aus den, unter der eben erwähnten **Anweisung** No. 3 sowohl, als in der Nachweisung No. 2 bemerkten **Aufbewahrungs-** **Ortern**, der nächste ohne Zeitverlust herbeizuholen ist.

Bei entstehender Collision mehrerer Aerzte oder Wundärzte gebührt billiger- **weise** die **Direction der Behandlung**

a. demjenigen promovirten Arzt, Amts-Wundarzt, oder Amts-Bader, in dessen **Haus** der Körper aufgenommen wird, falls derselbe zu Hause ist, und die Rettungs- **versuche** sogleich anstellt:

b. in jedem andern Fall, dem ersten sich einfindenden promovirten Arzt oder **Amts-Wundarzt**, unter Mitzulassung nicht mehr als noch eines zweiten Gehilfen, in **sofern** er nicht etwa freiwillig ihrer mehrere zuziehen will;

c. so lange kein promovirter Arzt oder Amts-Wundarzt da ist, jedem andern **nach** **unzünftigen** Wundarzt oder Wundarzt-Gesellen, jedoch dass dieser, sobald ein **promovirter** Arzt oder ein Amts-Wundarzt sich einfindet, diesem die Direction überlasse;

d. wenn dieser die Versuche zur Belebung als hoffnungslos aufgibt, jedem an- **dem** **Arzt**, Wundarzt oder sonstigen Sachkundigen, der geneigt seyn möchte, dieselben, **in der Hoffnung** einer noch möglichen späteren Rettung, annoch länger fortzusetzen.

## Belohnungen und Entschädigungen.

6. Zur Belohnung derjenigen, welche in dieser Stadt und deren Gebiet einen anscheinend Ertrunkenen oder sonst Erstickten durch ihre Bemühungen wirklich gerettet haben, und dass solches geschehen, nach Erkenntniss erweislich machen, imgleichen zur billigen Vergütung für den durch die Aufnahme des Verunglückten etwa erweislichermassen erlittenen Schaden, bleibt auch künftig, so wie bisher, eine verhältnissmässige Vergütung ausgesetzt, welche sich für jeden Fall zusammen bis zu Einhundert Mark Cour. erstrecken darf, und von dem ersten Herrn Gerichts-Verwalter, als bei welchem deshalb innerhalb dreien Tagen die Anmeldung geschehen muss, nach Beschaffenheit der Fälle und Umstände dergestalt vertheilt werden wird, dass im Fall der wirklichen Rettung

a) diejenigen, welche dem Geretteten mit Gefahr ihres eignen Lebens, oder mit grosser Beschwerde, die erste Hülfe geleistet, und

b) diejenigen, welche ihre Wohnungen, Betten und Geräthe hergeben, vorzüglich Theil daran nehmen sollen, auch letztere selbst in dem Fall, wenn die Rettung nicht gelungen ist, eine billige Vergütung des erweislichermassen etwa erlittenen Schadens zu gewärtigen haben;

c) diejenigen Wundärzte und andre Sachkundige aber, welche die vorgeschriebenen Hülfsmittel zur Wiederherstellung gehörig angewendet haben, zufrörderst, falls sie es verlangen, für jede gelungene Bemühung zwei Species Ducaten, und für jede nicht gelungene Bemühung einen Species Ducaten als Bezahlung erhalten; im Fall der gelungenen Rettung aber überdies annoch ihre eigentliche Belohnung von der Gesellschaft zur Beförderung der Künste und nützlichen Gewerbe zu gewärtigen haben.

Strafe derer, die die Rettung erschweren oder hindern.

7. Hingegen sollen diejenigen, welche die Rettung eines solchen Unglücklichen muthwilliger Weise erschweren oder hindern, oder gar Andern, die denselben helfen wollen, solches verwehren, imgleichen diejenigen, welche durch ihr Zudringen oder sonst die Rettungs-Versuche hindern, zur Verantwortung, und nach Befinden zu schwerer Strafe gezogen werden.

Uebrigens sollen zugleich mit diesem Mandat auch die obgedachten, von der Gesellschaft zur Beförderung der Künste und nützlichen Gewerbe bekannt gemachten, beiden Anweisungen, sammt der Nachweisung der Aufnahme-Oerter, sowohl in der Stadt, als in den Vorstädten und Stadt-Ländereien, in den Wachthäusern, Barbier- und Bad-Stuben, Herbergen, Wirths- und Krughäusern, Schenken und Krüger-Kellern, imgleichen bei den Landpredigern, Land-Schullehrern, Kirchspiels-Vögten, Land-Vögten und Hauptleuten, wie auch bei den Wundärzten auf dem Lande, umgetheilt, auch dieses Mandat von den Kanzeln verlesen, und solche Umtheilung und Verlesung wenigstens alle drei Jahre, so wie die Bekanntmachung in den Zeitungen alle Halbjahr wiederholt werden.

Wornach ein Jeder sich zu achten. Gegeben in Unsrer Raths-Versammlung, Hamburg, den 11. Februar 1793.

## Anlagen des vorstehenden Mandats.

I. Anweisung über die Behandlung der ins Wasser gefallenen oder sonst erstickt ~~en~~ Personen, bis zur Ankunft eines Arztes oder Wundarztes.

Bekannt gemacht auf Veranlassung der Hamburgischen Gesellschaft zur Beförderung der Künste und nützlichen Gewerbe. Im Februar 1793.

Vorsicht beim Herausziehen.

Verfahren, wenn man den Verunglückten nicht erreichen kann.

... zu machen sind.  
Ordnung für Wundärzte und Wundarzt-Gesellen, über die nöthigen Vor-  
sorgen zur Wiederherstellung im Wasser verunglückter oder sonst erstickter  
Menschen.

1. Entkleidung und Abtrocknen.
2. Herstellung der Wärme.
3. an der Herstellung des Athemholens.
4. Herstellung des Gefühls durch gelinde innre und äussre Reizmittel.
5. Die Wiederherstellung des Blutumlaufes.
6. Weiteres Verfahren.
  - a) Bei der Wiederkehr von Lebenszeichen.
  - b) Wenn die angewandten Mittel nicht gelingen.
7. Bedenkliche Mittel.
8. Ordres für die Wachen, die Dienstleistung zur Rettung im Wasser ver-  
unglückter oder sonst erstickter Personen betreffend.

Hamburg, im Februar 1793.

1. Absicht der Dienstleistung zur Rettung im Wasser verunglückter oder sonst  
erstickter Menschen sind folgende Vorschriften von sämmtlichen Wachen (so viel  
als die Anzahl der in der Wache vorhandenen und zu entbehrenden Mannschaft  
möglich macht), auf das pünktlichste zu befolgen:

1. Auf die erste Nachricht, dass ein Mensch ins Wasser gefallen oder in dem-  
selben gefunden sey, müssen eiligst einige Mann hingeschickt werden, um den Körper,  
er gleich bereits noch so lange im Wasser gelegen, unter der in der Anweisung  
1. Art. 2 bis 3. vorgeschriebenen möglichsten Vorsicht aus dem Wasser zu  
heben, oder falls man hiebei schon beschäftigt seyn sollte, hülfsreiche Hand dabei  
zu leisten.

2. Eben so eilig muss die in der Wache befindliche Tragbahre hingebraucht,  
der Körper halbsitzend darauf gelegt, und falls nicht einer der Anwohnenden sich  
einstellig zur Aufnahme entbieten sollte, unter der gleichfalls in der Anweisung  
1. Art. 4. vorgeschriebenen, möglichsten Vorsicht, nach dem nächsten der unter  
Verweisung No. 9. bemerkten Aufnahmestätte hingebraucht, und dort bis zur An-

in der Wache selbst kein Rettungskasten vorhanden ist, solchen gleichfalls aus d in der Nachweisung Nr. 2. zu ersehenden Aufbewahrungs-Ort schleunigst herbeihol

4. Alles dieses muss auf gleiche Weise geschehen, wenn ein solcher Körper ohne Zuthun der Wache an die Wache oder an die Posten gebracht werden sollte.

5. Falls der Körper, der Anweisung gemäss, in ein Wachthaus gebracht worden, so muss sogleich der Eingang besetzt, und es dürfen, bei Vermeidung nachdrücklicher Strafe, überall keine andre Personen eingelassen werden, als:

a) die beiden zuerst herbeikommenden Aerzte oder Amts-Wundärzte, und wenn diese noch nicht da sind, die beiden zuerst herbeikommenden Wundarzt-Gesellen;

b) der Raths-Wundarzt;

c) der zu den Rettungs-Anstalten deputirte Vorsteher der Gesellschaft zur Beförderung der Künste und nützlichen Gewerbe;

d) von den Angehörigen des Verunglückten nicht mehr als drei zur Zeit; und müssen, wenn ihrer mehrere sind, diese sich abwechselnd folgen.

Am allerwenigsten aber dürfen, bei schwerer Verantwortung, Trinkgelder weder gefodert noch angenommen werden.

6. Falls hingegen der Körper anderswo, es sey in einem öffentlichen oder in einem Privathause, aufgenommen oder vorschriftsmässig hingebraucht worden, so müssen sofort zwei, nöthigenfalls mehrere Mann mit Lanzen den Eingang besetzen, und nicht eher, bis der Verunglückte entweder lebendig oder todt weggebracht worden, denselben verlassen; auch ebenfalls, bei Vermeidung der nachdrücklichsten Strafe und unter schärfster Untersagung aller Trinkgelder Niemand den Eingang verstatten, als den eben vorher benannten Personen; wäre denn, dass der Herr des Hauses irgend Jemanden die ausdrückliche Erlaubniß zum Einlass ertheilte.

7. Demjenigen Arzt oder Wundarzt, der die Direction bei den Wiederbelebung Versuchen führt, muss die Wache alle hiezu von ihm verlangte Handreichung und Dienstleistung willig erweisen.

8. Uebrigens ist in jedem Fall die gewöhnliche Anzeige bei dem Wohlw Herrn Gerichtsverwalter, und wo es sonst gewöhnlich, gleichfalls ohne Verzug zu beschaffen.

9. Sollte in der Wache zu den sämmtlichen hier vorgeschriebenen Besorgungen nicht Mannschaft genug vorhanden seyn, so muss die nächste Wache mit zu Hülfe geholt werden.

10. Auch in dem Fall, wenn die Bürgerwache, Artillerie- oder Nachtwache sich der Fürsorge für den Verunglückten zuerst angenommen hätte, ist die Soldatenwache erforderlichen Falls zu allen hier erwähnten Hülffleistungen mit beizutreten schuldig.

11. Die in sämmtlichen, in der Nähe des Wassers liegenden, Wachen befindlichen Tragbahnen sowohl, als die in mehreren Wachen befindlichen Rettungskasten, müssen sorgfältig aufbewahrt, und so hingestellt werden, dass sie keinen Schaden leiden können; auch darf der versiegelte Schlüssel der Rettungskasten nicht anders entsiegelt, und die Kasten selbst nicht anders geöffnet werden als von dem zuerst ankommenden Arzt oder Wundarzt, oder von den zu den Rettungsanstalten deputirten Mitgliedern der Gesellschaft zur Beförderung der Künste und nützlichen Gewerbe, als welche auch zu einer von Zeit zu Zeit vorzunehmenden Nachscheidung dieser Rettungskasten berechtigt sind.

12. Wenn die Wachen diese ihnen vorgeschriebene Dienstpflicht getreu und mit Eifer erfüllen, so sollen sie an den in dem Mandat versprochenen Belohnungen

ungen einen, von dem Wohlw. Herrn Gerichtsverwalter zu bestimmenden, verhältnissmässigen Antheil zu gewarten haben.

Von anderen Städten, in welchen nach dem Vorbilde von Holland Rettungsanstalten errichtet wurden, ist Venedig zu nennen, von wo aus diese in Italien weitere Verbreitung fanden, ferner London, dessen Anstalten vielen anderen Städten nicht nur in England und Schottland (Edinburg), sondern auch in Nordamerika und Ostindien zum Muster dienten. 1772 wurde in Kopenhagen eine Rettungsanstalt begründet, und nach Hamburger Muster erhielten viele Städte in Deutschland ähnliche Einrichtungen, so Danzig, Eutin, Hannover, Leipzig, Swinemünde, Stralsund. Ausserdem begann in Oesterreich der Gedanke der Nothwendigkeit von der Einrichtung von Rettungsvorkehrungen sich Bahn zu brechen, so in Prag seitens der Humanitätsgesellschaft 1792 durch Zarda's Bemühungen, in Brünn 1801, in Wien 1803. In diesen Städten wurden zuerst Verordnungen zur Wiederbelebung Verunglückter erlassen, dann wurden bald eigene Anstalten errichtet.

Auch in Moskau wurde 1805 eine Rettungsgesellschaft begründet, welche an 15 Flusstellen in der Stadt, wo Personen am häufigsten badeten, Rettungsgeräte in Bereitschaft stellte. Ihr Gebrauch wurde von den Polizeiwundärzten eines jeden Stadtbezirks beaufsichtigt. Eine Anzahl von Mitgliedern des Invalidencommandos war stets bereit, den Ertrunkenen zu Hülfe zu kommen, eine Thätigkeit, welche an die der Sanitätscolonnen der Kriegervereine erinnert. Von einem Arzt wurde diesen und allen Personen, welche sich meldeten, Unterricht in den Hilfsleistungen erteilt. Ein Theil eines von Gönnern geschenkten Capitals wurde zum Ankauf von Geräthen verwendet, ein anderer angelegt, und von den Zinsen Prämien an die Invaliden bezahlt und die Werkzeuge erhalten. Solche Belohnungen waren in damaliger Zeit von allen Gesellschaften ausgesetzt, um wie auch heute die Retter zum Eifer für ihr Werk anzuspornen.

Einzelne dieser Einrichtungen sollen noch eingehender geschildert werden. In Lübeck hatte die am 27. Januar 1789 vom Prediger Ludwig Suhl begründete „Gesellschaft zur Beförderung gemeinnütziger Thätigkeit“ auf Anregung von Dr. Johann Julius Walbaum 1791 eine Rettungsanstalt für im Wasser Verunglückte errichtet. Diese Gesellschaft hatte also den gleichen Plan wie die Schwestergesellschaft in Hamburg aufgenommen. Hier wie in Hamburg wurden Prämien für diejenigen bestimmt, welche sich am Rettungswerke betheiligten. Ferner sollten nach bestimmter Anleitung Wiederbelebungsversuche ausgeführt, jedoch so schnell als möglich eine wundärztliche Hülfe beschafft werden. Auf diesen bereits damals ausgesprochenen Grundsatz muss besonders hingewiesen werden.

Eine von Walbaum verfasste Anleitung für Wiederbelebungsversuche wurde in 2000 Stücken gedruckt und besonders ausserhalb der Stadt an Schullehrer, Landleute, Müller und Fischer vertheilt. 1794 wurde im benachbarten Eutin und auch in Travemünde die Errichtung gleicher Anstalten angeordnet. Die Gesellschaft hatte drei Wachen, zu welchen



im Jahre 1834 noch eine vierte hinzugefügt wurde. Von jener wurden statt der Geldprämien goldene und silberne Medaillen vertheilt. Auch die Ankündigung der Wachen geschah damals in einer ganz gleichen Weise wie heute, indem an geeigneten Plätzen schwarze Tafeln mit Angabe der nächsten Wachen aufgehängt wurden. Bis zum Jahre 1857 kamen mehr als 1400 Fälle von Rettungen vor.

Der bereits erwähnte Pia errichtete 1772 in Paris ähnliche Rettungsanstalten, Postes de secours längs der Seine, welche Rettungskästen mit allen Geräthen zur Wiederbelebung Ertrunkener und Bewusstlosigkeiten hielten. 1774 wurden in Lyon, Rouen, Nantes, Rennes, la Rochelle, Amiens, 1779 in Chalons, Sceaux, Tours, Lille, Toulouse, Valence, Bourges, Arcis-sur-Aube, Gien, Meaux gleiche Vorkehrungen getroffen.

Sehr interessant ist der im ursprünglichen Wortlaute hier gedruckte Befehl aus Caën von 1783, welcher als Anschlag an bestimmten Stellen, Brücken, Flussufern etc. angeheftet wurde:

Avis important  
publié par ordre  
de Mgr l'intendant  
de la generalité de Caen,

sur les moyens pratiqués avec succès pour secourir

1<sup>o</sup>. les Personnes noyées; 2<sup>o</sup>. celles qui ont été suffoquées par des Vapeurs méphitiques, telles que celles du charbon, du vin, des mines, etc. 3<sup>o</sup>. les Personnes qui paroissent morts en naissant etc. qu'il est facile d'appeler à la vie.

Secours pour les Noyés.

I. Ces secours doivent être administrés le plus promptement possible, dans le bateau même qui aura servi à pêcher la personne noyée, sur le rivage, ou dans un autre endroit proche et commode, si l'on peut s'en procurer un.

II. Il faut dépouiller le Noyé de ses habits mouillés, et les fendre d'un bout à l'autre, si l'on ne peut les lui ôter promptement. Il faut bien essuyer son corps avec de la flanelle, et l'on doit le couvrir le mieux qu'il sera possible; au lieu d'une chemise qu'on passeroit difficilement, on se servira de la camisole de flanelle qu'on trouvera dans la Boite qui contient les remèdes et les instrumens propres au traitement des Noyés.

III. On fera des frictions sur tout le corps avec un morceau de flanelle rude et sèche. On l'imbibera ensuite de quelque liqueur spiritueuse, telle que l'eau de mélisse, l'esprit de vin camphré, l'eau vulnéraire camphrée, etc.

IV. On versera dans la bouche du

Secours pour les Personnes suffoquées par des Vapeurs méphitiques.

I. Le premier secours qu'on doit donner aux personnes suffoquées par la vapeur du charbon, des liqueurs fermentées, c'est de les exposer au grand air. Il faut leur ôter leurs vêtements, et craindre le froid. L'observation est que la chaleur est alors plus préjudiciable qu'utile: elle n'est que trop grande pour ces sujets, sans qu'il faille l'augmenter.

II. L'usage des acides, du vinaigre principalement, est fort utile en cas de suffocation: c'est pourquoi l'on doit en faire usage à la personne suffoquée, soit en boisson, soit en lavement, en ôtant la langue de la bouche et de le couper avec deux ou trois doigts d'eau. On mettra sous le nez du Noyé, à diverses reprises, du vinaigre ou quatre-voleurs, et on lui sera des frictions sur tout le corps avec un morceau de flanelle trempée dans ce vinaigre.

III. Bien loin de mettre les Noyés dans des lits de cendres, com-

quelques gouttes de vin chaud, de de vin, de l'eau de mélisse, etc. etc.

le mouvement de déglutition sera on pourra lui faire avaler quelque cuillerée de ces liqueurs. Ce traitement administré, on tâchera de faire au Noyé un peu d'eau émétisée.

Cependant on s'empressera d'approcher du Noyé un bon feu, et on allumera des briques chaudes, couvra d'un linge, à la plante des pieds, ventre et sous les aisselles; et si on le peut, on le couchera dans un lit muni de couvertures.

On lui poussera de l'air dans les narines: et la meilleure manière d'y parvenir, c'est d'introduire le tuyau d'un soufflet dans une des narines, et de comprimer l'autre avec des doigts. On peut, au lieu d'un soufflet, se servir d'un ballon quelconque, qu'on introduira dans la même voie. Il est plus avantageux de pousser l'air dans les narines que dans la bouche, parce qu'il parvient plus facilement dans la trachée, et que d'ailleurs beaucoup de personnes ont la bouche fermée par la contraction des muscles de la mâchoire inférieure, et qu'on ne pourroit l'ouvrir sans violenter les parties.

II. Il faut donner au Noyé un lavement quelconque. On s'est servi avec succès. Prenez, feuilles de tabac, demi-once; sel marin, gros; faites bouillir dans quatre pintes et d'eau, réduisez à pinte, coulez, etc. Le Noyé ne rend pas le premier lavement, on peut lui en donner un second, et lorsque le Noyé tarde à reprendre conscience de ses sens.

III. Lui chatouiller le dedans de la gorge et des narines avec la barbe d'une plume, avec la fumée de tabac, de l'eau de menthe, de l'esprit volatil de sel ammoniac, de l'eau de la reine d'Hongrie, etc.

X. La saignée ne doit point être faite dans les sujets dont le visage est rouge, violet, noir, dont les membres sont flexibles et chauds, les yeux luisants et dilatés. La saignée à la jugulaire est

le fait à l'égard des Noyés, il faut leur jeter par-dessus de l'eau froide, à diverses reprises; et comme leurs vaisseaux, sur-tout ceux du cerveau, sont gorgés d'un sang très-raréfié, et que leur corps est très-chaud, il n'y a rien de plus préjudiciable que l'administration des liqueurs spiritueuses, de l'émétique et des fumigations par le fondement.

IV. L'introduction de l'air dans les poumons est extrêmement utile: ce secours seul a suffi pour rendre la vie à diverses personnes. Pour remplir cet objet, on se comportera de la même manière qu'il a été dit ci-dessus, No. 6, article des secours pour les Noyés.

V. Ces secours suffisent ordinairement pour rappeler à la vie les personnes suffoquées par des vapeurs méphitiques; mais s'ils tardent à opérer de salutaires effets, il faut recourir à la saignée. On doit pratiquer celle de la jugulaire, lorsque le sujet est dans un assoupissement léthargique, que son visage est rouge et que son corps est chaud: bien plus, on doit saigner ceux qui, après avoir éprouvé les symptômes de la suffocation, ont des maux de tête et des faiblesses de jambes; sans cette attention, ils pourroient mourir apoplectiques, demeurer imbécilles, et paralytiques de quelque membre, etc.

Sur les Secours qu'il faut administrer à quelques Enfants qui paroissent morts en naissant.

A peine les enfans sont-ils sortis du sein de leur mere, qu'ils font des efforts pour respirer. L'air pénètre facilement les poumons de quelques-uns: dans d'autres il s'y insinue avec peine; et il est des enfans qui ne pourroient respirer si on ne venoit à leurs secours: ils sont si foibles, qu'ils ne donnent aucun signe de vie; et malheureusement on confond souvent cette mort apparente avec leur mort réelle, se qui fait qu'on les abandonne sans aucun secours. Le plus efficace est, 1°. de ranimer la chaleur vitale, en plongeant le nouveau-né dans un bain tiède; 2°. de pousser de

la plus efficace en pareil cas: à son défaut, on saignera du pied. Mais il faut éviter toute espèce de saignée sur des corps glacés, et dont les membres commencent à se roidir. On doit au contraire s'occuper à rechauffer les Noyés qui se trouvent dans ce cas.

X. Lui presser avec la main doucement et à diverses reprises le ventre et la poitrine, et lui souffler dans des poulmons, à la faveur d'une ouverture pratiquée à la trachée-artère.

XI. Enfin, pour dernier secours, lui introduire de la fumée de tabac dans le fondement, par le moyen de la machine fumigatoire qu'on trouve dans la Boîte, etc. Lui appliquer les vésicatoires aux jambes ou à la nuque, et enfin lui faire quelques incisions à la plante des pieds.

Nota. Que le secours qu'on emploie pour rappeler les Noyés à la vie, ne seront efficaces, qu'autant qu'ils seront administrés avec ordre pendant long-tems et sans interruption; que dans tous les cas on doit, s'abstenir de prendre les Noyés par les pieds, de les rouler dans un tonneau défoncé: ces méthodes sont absurdes, et pourroient faire périr l'homme le plus vigoureux.

dans les poulmons, soit en appliquant la bouche immédiatement sur celle de l'enfant, soit par le moyen d'un petit tuyau dont on introduiroit une extrémité dans la bouche de l'enfant, et dans l'autre extrémité duquel on souffleroit à diverses reprises avec plus ou moins de force: c'est ainsi qu'on détache les matières muqueuses qui remplissent les bronches, et qu'on facilite, la respiration des nouveaux-nés, etc. etc.

Extrait des Memoires de M. Portal, Medecin Consultant de Monsieur, de l'Académie royale des Sciences, publié par ordre du Gouvernement.

A Caen, de l'imprimerie de G. L. Roy, Imprimeur du Roi. 1783.

In London wurde 1774 die Royal Humane Society begründet, welche in ihrer damaligen Gestaltung noch heute besteht. Dr. Cogan hatte die Geschichte der Amsterdamer Rettungsgesellschaft 1773 ins Englische übersetzt, Dr. Johnson im gleichen Jahre einen Bericht über diese und Rettung von Verunglückten veröffentlicht und Dr. Hawes den Plan für die Errichtung der Gesellschaft entworfen. Letzterer bot öffentlich Prämien für Rettung von Personen an, welche zwischen der London- und Westminster-Brücke gerettet und an bestimmte Plätze am Ufer gebracht wurden. Während eines ganzen Jahres bezahlte er die Prämien selbst. Die Gesellschaft wurde zunächst von 32 Mitgliedern begründet. Noch heute steht im Hyde-Park in London das 1834 erbaute „Receiving-house Royal Humane Society“, welche wie die anderen damals bestehenden Gesellschaften durch freiwillige Beiträge erhalten wird. Die Beschreibung der Anstalten der Gesellschaft entlehne ich, unter Ergänzung der Zahlen, meiner Arbeit in der Deutschen Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege.

„Die englische Gesellschaft steht unter dem Protectorat der Königin; sie bezweckt in erster Linie die bewährtesten Verfahren zur Wiederbelebung Ertrinkender und Scheintodter kennen zu lernen und zu ver-

weisen, ausserdem Geräthschaften zur Rettung und Wiederbelebung in Bereitschaft zu halten, Ehrenzeugnisse und Geldbelohnungen an Personen zu verleihen, welche mit oder ohne Erfolg Ertrinkende oder in Bergwerken, Schachten oder Canälen u. s. w. Verunglückte zu retten versuchten, und Schwimmübungen an Schulen und Gelegenheiten für Wassersport zur Ausbreitung der Kenntnisse und praktischen Versuche zur Wiederbelebung Ertrunkener einzurichten. Die Gesellschaft verleiht goldene, silberne und bronzene Medaillen, Ehrenzeugnisse und Geldbelohnungen für alle einschlägigen Rettungsfälle in ganz England und den Colonien. Die Medaillen werden auch an Angehörige des Landheeres und der Marine verliehen und von diesen auf der rechten Brustseite der Uniform angelegt.

Die Station der Gesellschaft im Hyde-Park besteht aus einem Hause, in welchem ausser der Wohnung für den dort im Dienst befindlichen Beamten mehrere Zimmer für verunglückte Männer und Frauen eingerichtet sind. In dem genannten Wasser baden an heissen Sommertagen in den Morgenstunden bis zu 6000 Personen, im Winter wird fleissig Schlittschuhsport auf dem zugefrorenen Gewässer geübt, so dass ein besonderer Rettungsdienst hier ganz ausserordentlich am Platze erscheint, für welchen ausser dem Vorsteher eine Frau und drei Bootsmänner in Bereitschaft sind. In den Zimmern befinden sich vier Betten zur Aufnahme von Männern und drei für Frauen, in denen die Verunglückten, bis sie fortgeschafft werden können, verbleiben. Für beide Abtheilungen sind Badewannen mit doppelten Wänden hergerichtet, in denen durch Gasfeuerung schnellstens warme Bäder für Bewusstlose bereitet werden können. Auch ein Tisch, dessen Platte künstlich erwärmt werden kann, ist vorgesehen. In einem Raume sind unter Glas Modelle alter und neuer Rettungsgeräte für Ertrinkende ausgestellt, welche zum Theil den bereits geschichtlich gewordenen der alten Holländischen und Hamburgischen Gesellschaft entsprechen, zum Theil in natürlicher Grösse in der geräumigen Materialkammer der Station zur jetzigen Benutzung vorhanden sind. Vier Eisboote, welche durch Drehung grosser seitlicher Räder seitens der Insassen auf dem Eise fortbewegt werden können, werden hier aufbewahrt, ferner zahlreiche andere Geräte, wie Eisleitern u. s. w., welche auf dem Eise bis zu der Unglücksstelle hingeschoben werden, um dem Verunglückten Hülfe zu bringen. Die Aufnahmezimmer sind blitzend sauber gehalten, die Wände mit Oel gestrichenem Holz getäfelt, welches leicht gereinigt werden kann.

Unmittelbar am Ufer des Sees liegt ein Bootshaus, in welchem drei Rettungsboote zur Hülfe für im Wasser Verunglückte untergebracht sind.

Die Thätigkeit der Gesellschaft ergibt sich aus den Zahlen, welche im 127. Jahresberichte für 1900 niedergelegt sind. 619 Fälle wurden bei der Gesellschaft eingetragen. Belohnungen erhielten 741 Personen für gelungene Errettung von 679 Menschenleben. Von den 619 Fällen kamen:

426 auf England,	5 auf Indien,
22 „ Wales,	41 „ die Colonieen,
51 „ Irland,	27 „ auswärtige Staaten und das Meer.
47 „ Schottland,	

Die Ausgaben betrugen 2625 Pfund, d. h. etwa 52500 Mark Jahre 1900.

Die Zahl der ausgezeichneten Personen war sehr beträchtlich. erhielten:

die goldene Medaille . . . . .	1 Person,
„ silberne Medaille . . . . .	15 Personen,
„ bronzene Medaille . . . . .	196 „
„ „ Schnalle . . . . .	7 „
Ehrenzeugnisse auf Pergament . .	376 „
„ „ Papier . . . . .	69 „
Geldbelohnungen . . . . .	57 „

Die goldene Stanhope-Medaille wird alljährlich einmal zur Auszeichnung der besten Rettungsthat zur Erinnerung an Capitän Stanh verliehen.

Unter den Ausgezeichneten befanden sich 44 Angehörige der Marine der Küstenwachen und Marinereserven, 86 Beamte und Mannscha des Landheeres, 14 Mitglieder der indischen, 1 der übrigen Coloni 32 von der Polizei.

Auch am Wasser in Regent's-Park hat die Gesellschaft jetzt Station errichtet und an mehr als 300 Stellen in und um London an der Themse Geräthe zur Rettung Ertrinkender, Rettungsgü Boote etc., angebracht.

Bis Ende des Jahres 1900 hatte die Gesellschaft 31085 Fälle Rettungen zu verzeichnen.

Noch verdient eine Gesellschaft der Erwähnung, von welcher späteren Jahren kaum noch die Rede, obwohl ihre Einrichtung und i Vorkehrungen ganz vorzügliche waren, die kurz angeführte Rettungs stalt für Verunglückte in Wien von 1803. Da diese Anstalt eine t hördliche war, während die in anderen Städten, in Amsterdam, Par London als freiwillige, von Privaten ins Leben gerufene und erhalten zu gelten haben, so verdient der Inhalt des „Circulares“, welches i Anhang der k. Wiener Zeitung No. 54 vom Jahre 1803 erschien, ei wortgetreue Wiedergabe:

Anhang zur k. Wiener Zeitung No. 54. — 1803.

Circulare

von der k. k. Landesregierung im Erzherzogthume Oesterreich  
unter der Enns.

Für die Residenzstadt Wien und deren Bezirk inner den Linien.

Errichtung einer Rettungsanstalt für Verunglückte und Todtscheinende.

„Durch ein höchstes Patent vom 1. Julius 1769, und durch das Regierun Circular vom 25. Hornung 1799 sind zwar die Vorschriften öffentlich bekannt macht worden, nach welchen Personen, die durch einen Unglücksfall augenblickl

das Leben gekommen zu seyn scheinen, durch zweckmässige Hülfe gerettet, und wieder zum Leben erweckt werden können; indessen lehret doch die Erfahrung, dass bey einem jeden Fall die Rettung solcher Verunglückten, die nur wenn sie auf der Stelle versucht wird, möglich ist, durch mehrere Umstände erschweret und gehindert wird, und daher am sichersten nur durch die Vereinigung mehrerer Anstalten bewerkstelliget werden kann. Diese ni. öst. Landesregierung sieht sich nun durch die allerhöchste Gnade Sr. Majestät in der längst gewünschten Lage, zu diesem Ende hier in Wien eine eigene Rettungsanstalt für plötzlich Verunglückte und Todtgewordene einzuführen, wie solche zum Theil schon in mehreren Städten mit dem besten Erfolge bestehet; eine wohlthätige Anstalt, deren Zweck ist, die schleunigste und zweckmässigste Hilfe einem jeden, der in was immer für einem Theile der Stadt oder der hiesigen Vorstädte verunglückt wird, auf der Stelle zu leisten.

Dem gesammten hiesigen Publikum wird demnach durch gegenwärtige Circularordnung von dieser Anstalt dasjenige bekannt gemacht, was zu Jedermanns Wissenschaft und Benehmung zu dienen hat. Diese Rettungsanstalt begreift in sich die Vorbereitungen zur Hilfe, die Hilfeleistung selbst, und die Belohnungen und Entlohnungen.“

„Vorbereitungen für die Hilfeleistungen.“

1. Vor allem müssen die Aerzte und Wundärzte in dem Rettungsgeschäft unterrichtet seyn, es sind daher die Professoren der Arzney und Wundarzney angewiesen, von nun an über diesen wichtigen Gegenstand insbesondere jährliche Vorlesungen zu halten, und bey den Prüfungen keinen Arzt oder Wundarzt zu probiren, welcher nicht hierin eine vollkommene Kenntniss hat.“

2. Die Wundärzte haben den besonderen Auftrag erhalten, ihre Lehrlinge und Jünger in dem Rettungsgeschäfte zu unterrichten, und öfters zu üben.“

3. In jeder wundärztlichen Officin wird eine Rettungsafel, wie selbe am Ende dieses Circulars beygeschlossen wird, angeheftet, worin kurze Anweisungen über diesen Gegenstand enthalten sind.“

4. Da die Ertrunkenen sehr oft durch Schiffer und Fischer aus dem Wasser gezogen, und gerettet werden können, so werden auch diese angewiesen, sich in dem Rettungsgeschäfte der Ertrunkenen besonders unterrichten zu lassen und zu üben, auch“

5. Dieses Circular sammt der Rettungsafel soll in seinem Wohnzimmer angeheftet werden und vor der Erlangung des Meisterrechtes muss jeder neue Erwerber sich ausweisen, ob er in dem Rettungsgeschäfte der Ertrunkenen die gehörige Kenntniss habe.“

6. Da den meisten Menschen diese Unglücksfälle ausser der Wohnung zustossen, und es oft nicht möglich ist, den Verunglückten in seine Wohnung zu bringen, er aber nicht auf der offenen Strasse liegen bleiben kann, so muss er sobald als möglich in der Nähe, und zwar im Winter in ein warmes Zimmer untergebracht werden. Hierzu werden die Officinen der Wundärzte und die Baadhäuser vor allen bestimmet, und sind daher auch, wenn sie in der Nähe sind, zur Unterbringung des Verunglückten vorzuwählen, ausser diesen die Wirthshäuser, und die Wohnungen der Hausmeister. Wenn diese zu entfernt sind, so muss jede andere nächste Wohnung zu ebener Erde um so mehr dazu verwendet werden, als sich die Landesregierung bey den so oft geäusserten menschenfreundlichen Gesinnungen der hiesigen Einwohner mit voller Zuversicht überzeugt hält, dass auch ungerufen und ungezwungen, in einem so besonderen Falle, und um seinem Mitmenschen sein Leben zu erhalten, Jedermann mit zuvorkommender Bereitwilligkeit willig und gerne seine Wohnung dazu auf diese kurze Zeit hergeben, einen solchen Unglücklichen auf so kurze Zeit einen Unterstand und Unterkunft in seiner Wohnung gewähren werde. Alles was

hierdurch in der Wohnung beschädigt oder verdorben worden ist, wird auf der Stelle vergütet werden.“

„7. Das Wichtigste zur Rettung ist das augenblickliche Herbeyschaffen der Rettungswerkzeuge und jener Arzneyen, welche die Wiederbelebung in jeder Art Unglücksfall bewirken. Es werden zu diesem Behuf an mehreren Orten eigends verfertigte Nothkästen vorhanden seyn, die von Jedermann überall, wo es nöthig ist, leicht hingetragen werden können, und worin alle Rettungswerkzeuge und Arzneyen, nebst einem ausführlichen Unterricht, wie selbe zu gebrauchen seyen, enthalten sind; und zwar:

In der Stadt 1. bei der Polizey-Oberdirection, 2. in der Officin des Polizey-Wundarztes auf dem hohen Markt, und in den Officinen der Wundärzte, 3. auf der Freyung, 4. auf dem Kohlmarkt im kleinen Michaelerhaus, 5. in der Weihburggasse, 6. in der Wollzeile, 7. am rothen Thurm und am Kärntnerthor.

In den Vorstädten auf einem jeden Grunde bey dem Richter, und in der Wohnung eines jeden Polizey-Bezirksdirectors.

Längst der Donau sind Nothkästen diesseits auf der Ladengestätte, in dem neuen Baadhaus, bey den Weissgärbern, in dem Mauthhaus an der neuen Brücke; jenseits der Donau 1. bey dem Baadhaus am scharfen Eck, 2. in dem Baadhaus auf der unteren Holzgestätte, 3. im Wirthshaus bey dem Jägerhaus im Prater, 4. in dem Mauthhaus bey dem Tabor, 5. in dem ersten Wirthshaus in der Brigittenau, 6. bey der ersten Aufseherhütte zwischen den Brücken; so wie dann auch in der Folge längs dem neuen Canal einige dieser Nothkästen vorhanden seyn, und die Orte sicherer Aufbewahrung seiner Zeit werden bekannt gemacht werden.“

„8. Diejenigen, bey welchen diese Nothkästen aufbewahret sind, haben dafür zu sorgen, dass sie an einem trockenen Ort aufbewahret, und auch in ihrer Abwesenheit jeden Augenblick bey Tag und Nacht zum Gebrauch sogleich genommen oder geholet werden können.“

„9. Der Stadtphysikus ist angewiesen, auf jene in der Stadt, die Bezirksärzte aber auf jene, die in ihren Bezirken vorhanden sind, die unmittelbare Aufsicht zu tragen, und sind gehalten, monatlich wenigstens einmal nachzusehen, ob sie im gehörigen Stande seyen, worüber sie in ihren monatlichen Rapporten der ni. öst. Regierung Rapport abzustatten haben.“

„10. Ebenso wird auch nach dem jedesmaligen Gebrauch des Nothkasten von dem die Aufsicht führenden Arzt oder Wundarzt dafür Sorge getragen werden, dass alles gereinigt, und in Ordnung gebracht, das Verbrauchte ersetzt, und das Verdorbene repariret werde.“

„11. Jährlich wird zweymal eine Hauptvisitation durch eine von dieser Landesregierung eigends abzuordnende Commission gehalten werden, wo alle Werkzeuge und Arzeneyen eines jeden Nothkasten, so wie auch die übrigen Rettungswerkzeuge werden untersucht, und die nöthigen Ersetzungen und Verbesserungen vorgenommen werden. Bey dieser Gelegenheit werden auch Uebungen im Rettungsgeschäfte angestellt, und Versuche mit neuen Rettungsmitteln gemacht werden, damit sich diese Landesstelle selbst von dem guten Fortgang und Bestand dieser wichtigen Anstalt überzeuge.“

#### „Hilfeleistung.“

„12. Sobald Jemand einen auf was immer für eine Art Verunglückten gewahr wird, ist es nun, so wie jedem dazu schon sein eigenes Gefühl antreibt, leicht zu Hilfe zu eilen, und Hilfe herbeyzurufen, da oben schon alle jene Orte angegeben worden, wo Hilfe zu suchen ist.“

zu zu wenden, von beyden ersteren werden die Nothkasten unverzüglich zum Verunglückten gebracht, und von dem letzteren dieselben sogleich zur Hilfeleistung benutzt werden.“

15. Ist das Unglück an der Donau geschehen und Jemand ertrunken, so ist zu sorgen, dass von den benannten Orten die nächsten Nothkästen herbey gebracht und indessen die nöthigen Vorkehrungen zur Rettung des Verunglückten anzuordnen werden.“

16. Die Polizey-Bezirksdirectionen haben den Auftrag, einen Kommissär oder Mann Polizeywache augenblicklich zum Verunglückten abzuordnen, auch der Landesregierung Nachricht zu geben.“

17. Es ist den Aerzten und Wundärzten zur strengsten Pflicht gemacht, wenn sie zu einem Verunglückten gerufen werden, unverzüglich demselben zu eilen. Jede Saumseligkeit wird an denselben unnachsichtlich geahndet.“

18. Ist die Verfügung getroffen, dass an mehreren Orten, besonders längst voraus zum Transportiren solcher Verunglückten eigens zu diesem Behuf verfertigte Tragkörbe vorhanden seyen, worauf sie ohne allen Schaden weggetragen werden können, wären dennoch irgendwo keine Tragkörbe in der Nähe, so werden sich unter den Umstehenden Menschenfreunde finden, die mit Vorsicht, indem sie immer in die Höhe gehalten wird, den Verunglückten an seinen Bestimmungsort tragen werden.“

19. Die Polizeykommissäre sind angewiesen, alles veranstalten und herbeyzubringen zu lassen, was der Arzt oder Wundarzt nöthig findet. In Ermangelung eines Arztes oder Wundarztes sohin im Nothfalle werden sie selbst nach dem im Nothkasten enthaltenen Unterricht all jenes anwenden lassen, was darin vorgeschrieben ist, und resetzt damit fortfahren, bis ein Arzt oder Wundarzt herbey kommt.“

20. Eben so werden die Polizeykommissäre darauf sehen, dass die Rettungsbemühungen mit grösstem Eifer und ohne Unordnung, und ohne sich ermüden zu lassen, fortgesetzt werden, indem man Beyspiele hat dass derley Rettungsversuche, besonders Ertrunkene, erst nach einer ununterbrochenen Fortsetzung



„Entschädigung und Belohnungen.“

„22. Indem man die Menschlichkeit eines jeden Einwohners auffordert, diesem edlen Geschäfte der Menschenrettung hilfreiche Hand zu biethen, und schon man überzeugt ist, dass Jedermann schon in dem Bewusstsein zur Rettung seines Mitmenschen beygetragen zu haben, für sich die grösste Belohnung findet werde; so wird doch auch, zur grösseren Aneiferung für minder bemittelte, denjenigen eine angemessene Belohnung ertheilet werden, die sich bey der Rettung ein verunglückten Menschen thätig gezeigt haben, und eben so wird auf Verlangen auch denjenigen, welche ihre Wohnung zur Unterbringung des Verunglückten hergegeben haben, eine billige Entschädigung hiermit zugesichert.

Der Polizey-Oberdirection ist desshalb aufgetragen, die Kommissäre dahin zu weisen, dass sie sogleich über die Entschädigung für jene, wohin der Verunglückte gebracht worden ist, mit dem Eigenthümer eine billige Uebereinkunft treffen, da sie ferner denjenigen, welche sich bey dem Rettungsgeschäfte nützlich und thätig gezeigt haben, eine angemessene Belohnung sogleich abreichen. Zu dieser Klasse werden alle jene gerechnet, welche zuerst dem Verunglückten beyspringen, ihn aus der Lebensgefahr herausziehen, z. B. bei Ertrunkenen, wobey die Gefahr, worin sich der Retter selbst begiebt, zur Vermehrung der Belohnung mit in besondern Anschlag kommt, diejenigen, welche zuerst den Arzt und Wundarzt holen, den ersten Nothkasten bringen, eben so der erste herbey eilende Arzt oder Wundarzt, welcher letztere für jede Stunde, die sie in dem Rettungsgeschäfte zubringen, insbesondere auf Verlangen werden bezahlt werden; endlich die zwey oder drey thätigsten Gehülfen und Mitwirker bey der Rettung.“

„23. Für die wirkliche Wiederbelebung eines Todtscheinenden aber wird der Retter bestimmt eine Belohnung von 25 fl. abgereicht, sein Name und seine That wird mit Ehren durch die Zeitung bekannt gemacht, und er mit einem eigenen lobungsdekret von der Landesstelle ausgezeichnet werden.“

„Unterhaltung der Anstalt.“

„24. Die Auslagen zu dieser Anstalt werden von der ni. öst. Landesregierung bestritten. Sie ward durch die Allerhöchste Gnade Sr. Majestät, Höchstwelche hiezu einen Beytrag aus dem Kammeral-Aerario allergnädigst bewilligten, so wie durch grossmüthige Gabe von 2000 fl., die ein mährischer Kavalier zu diesem Zwecke der ni. öst. Regierung übergab, im Stande gesetzt, das Institut zu gründen. Da also diese Anstalt immer, je vollkommener sie werden soll, desto mehrere Auslagen bestreiten haben, und daselbst ihr Gedeihen immer mit neuen Auslagen verbunden seyn wird; so lässt die bereits in mehreren Gelegenheiten erprobte warme Theilnahme des hiesigen vermöglicheren Publikums an dergleichen Wohlthätigkeits-Anstalten diese Landesstelle mit vollem Vertrauen erwarten, dass auch die gegenwärtige die Erhaltung und Rettung des Lebens der hiesigen Einwohner errichtete Anstalt durch wohlthätige Beyträge eine dauerhafte Festigkeit und ihre Vervollkommenheit gewinnen wird. Zu diesem Ende hat der hiesige Herr Stadthauptmann, Freyh. von Sala, den Auftrag erhalten, ein eigenes Subscriptions-Buch zu eröffnen: Gaben der wohlthätigen Beförderer dieser Anstalt, sie seyen entweder ein für allemal, oder alljährig oder auf eine bestimmte Zahl von Jahren diesem Institute gewidmet, gegen Bescheinigung zu übernehmen, und die Geldbeträge sammt dem Aufweis, und dem Verzeichniss der edlen Menschenfreunde, um das hiesige Publikum durch die öffentlichen Zeitungsbblätter hievon in die Kenntniss zu setzen, der Landesstelle wöchentlich zu überreichen. Es werden demnach alle jene, die die

# Fürsorge auf dem Gebiete des Rettungswesens.

durch ihre Wohlthätigkeit einigen Vorschub zu geben geneigt, sich diesfalls in dem Bureau des Herrn Stadthauptmanns in der k. öst. Regierung im dritten Stock, Früh oder Nachmittag, den 15. Junius 1803.

Joseph Freyherr v. Sumeraw, Ni. Oest. Reg.-Präsident.

Anton Fried. Graf v. Mitrovsky, Vice-Präsident.

Paskal Joseph Ferro, Reg. Rath.

Wie bereits erwähnt, waren in jenen Zeiten die Unglücksfälle von einer Art als diejenigen, welche sich heute am meisten ereignen, zu betrachten. Es kommen jetzt in den Rettungswachen Hülfssuchen vor, welche trotz aller vorhandenen Unfallverhütungsmittel, Arbeit oder im Getriebe des gesteigerten öffentlichen Verkehrs, entstehen. Welcher Art in früherer Zeit die Unglücksfälle waren, erhellen die erlieferten Zahlentafeln, deren erste hier abgedruckte, die von 1758—1774 vorgekommenen Todesfälle durch Unfall, und die merkwürdigen Erfahrungen, die den Werth und die Wichtigkeit der Pocken-Inoculation näher bestimmen können. Lübeck.

## Sechste Haupt-Tabelle, in siebenzehn Jahren durch Selbstmord und Unglücksfälle umgekommenen Personen.

### I. Selbstmord nach denen Monathen.

Art des Selbstmordes	Im Januar	Februar	März	April	May	Junii	Juli	August	September	Oktober	November	December	Summa	Worunter vom Männl. Stande	Vom Weibl. Geschlecht
erschossen . . .	—	2	1	2	1	2	3	1	2	1	1	2	18	3	—
erhängt . . .	—	—	2	1	1	1	—	2	1	1	—	2	11	1	1
abgeschnitten . . .	—	1	—	—	2	—	—	—	1	—	2	1	7	—	3
erleibt . . .	—	—	1	2	—	—	—	—	—	2	—	—	5	2	2
Summa	1	—	—	—	—	2	1	—	—	—	—	—	4	—	1
Summa	1	3	4	5	4	5	4	3	4	4	3	5	45	6	7

### II. Unglücksfälle nach dem Stand, Geschlecht, und Alter.

Art der Unglücksfälle	Civil- Stand				Militär-Stand				Summa
	Männl. Ges.		Weibl. Ges.		Männl. Ges.		Weibl. Ges.		
	Erwachs.	Un- erwachs.	Erwachs.	Un- erwachs.	Erwachs.	Un- erwachs.	Erwachs.	Un- erwachs.	
1 . . . . .	34	10	9	9	19	3	6	—	90
2 . . . . .	3	1	4	1	8	—	2	1	20
3 . . . . .	11	3	23	2	—	—	—	—	39
4 . . . . .	2	—	2	—	—	1	5	—	10
Summa	50	14	38	12	27	4	13	1	159

Die Art der Unglücksfälle	Civil-Stand				Militär-Stand			
	Männl. Ges.		Weibl. Ges.		Männl. Ges.		Weibl. Ges.	
	Erwachs.	Un erwachs.	Erwachs.	Un erwachs.	Erwachs.	Un erwachs.	Erwachs.	Un erwachs.
Todt gefunden . . . . .	50	14	38	12	27	4	13	
Todt gefahren . . . . .	4	3	8				1	
Todtgefallen auf verschiedene Art . . . . .	2	8	4	1		1	1	
Von der Winde erschlagen . . . . .	47	15	24	7	19	7	10	
Bei dem Bau zu Schaden gekommen . . . . .	5	1						
In der Lehm-Grube erschlagen . . . . .	5		2		1			
In der Sand-Grube verschüttet . . . . .	1							
Von einem Mastbaum erschlagen . . . . .		1	1					
Von einer Glocke erschlagen . . . . .					1			
Durch eine Thüre todtgeschlagen . . . . .		1						
Durch Pferde todtgeschlagen . . . . .	3		1		1	1		
In die Brau-Pfanne gefallen und verbrühet . . . . .	5							
In eine Kalkgrube gefallen . . . . .					1			
Mit Caffee verbrühet . . . . .		1						
Mit kochend Wasser verbrühet . . . . .		2	1					
Erstickt . . . . .	1	2	1		1			
Im Abtritt gefallen und erstickt . . . . .	1							
Durch Gift gestorben . . . . .				1				
Vom Genuss einer giftigen Wurzel . . . . .					4			
Vom Frauenzimmer was beigebracht . . . . .					1			
Im Färbe-Kessel gefallen . . . . .					1			
Bei der Brandwein-Blase verbrannt . . . . .	1							
Durch einen Kohlen-Topf verbrannt . . . . .								
Bei einer Feuersbrunst verbrannt . . . . .							1	
Mit einem Sack Farbekräuter todtgeworfen . . . . .				1				
Bei dem Holzfällen und Fahren . . . . .	3							
Verschiedentlich zu Schaden gekommen . . . . .	5	3	1	1				
Mit dem Pferde gestürzt . . . . .	1							
Vom tollen Hund gebissen . . . . .	1							
Vom Gewitter erschlagen . . . . .	1				1		1	
In der Mühle verunglückt . . . . .	1							
Durch eine Windmühle zerschmettert . . . . .	1							
Bei dem Aufliegen der Pulv.-Camm. getödtet . . . . .	6							
Unglücklicherweise erstochen . . . . .	1	1	1	1	1			
Von ohngefahr erschossen . . . . .	4		1	3		1		
Im Duell geblieben . . . . .				2				
Durch Spitzruthenlauten gestorben . . . . .				1				
Gehauen worden . . . . .			2					
Erschlagen . . . . .	4							
Von andern erschossen . . . . .			1	2				
Erstochen . . . . .	1	1		1				
Von der Mutter umgebracht . . . . .				1				
Ins Wasser geworfen . . . . .		1						
Zum Fenster herausgeschmissen . . . . .			1					
Auf verschiedene Art ermordet . . . . .	1	3	1	2	3	1		
Summa	155	57	84	29	72	14	28	

Auch Frank hat einige Tabellen von Leipzig und London Licht und kommt zu dem Schlusse, dass, obwohl von den Unglücken auf dem Lande und in den Städten beinahe die gleiche

In Leipzig zählte man von 1759 bis 1774, an Verunglückten:

Todtgefundene im Hause . . . . .	56
Todtgefundene auf der Strasse . . . . .	43
Todtgefundene im Wasser und ertrunken . . . . .	50
Todtgefallen . . . . .	28
Uebergeritten . . . . .	5
Uebergefahren . . . . .	5
Beinbrüche . . . . .	7
Erschossen . . . . .	6
Hingerichtet . . . . .	10
Ermordet . . . . .	15
Kindermord . . . . .	18
Selbstmord . . . . .	12
Erhenkt . . . . .	11
Verbrannt und verbrüht . . . . .	5
An verschlucktem Geld verstorben . . . . .	1
Plötzliche Blutstürzung . . . . .	1
Vom tollen Hundsbiss . . . . .	1
An Gift . . . . .	1
Erfrohren . . . . .	1
Selbstverwundung . . . . .	1
Von der Amme erdrückt . . . . .	1
Durch verschiedene Zufälle . . . . .	4
Erwürgt . . . . .	2
Im Abtritt erstickt . . . . .	1

---

276

Es waren aber der Gestorbenen zu Leipzig von 1759 bis 1774, überhaupt 25. In allem also verhielten sich die Verunglückten, zu den, an einem natürlichen Tode Verstorbenen, wie 1 zu 81<sup>1)</sup>.

Zu London sind in 30 Jahren durch Unglücksfälle umgekommen:

Im Wasser ertrunken . . . . .	3189
Tod gefunden . . . . .	1191
Die sich zu Tode gesoffen . . . . .	954
Die sich selbst ermordet . . . . .	1371
Hingerichtet worden . . . . .	470
Durch einen Fall und an Wunden . . . . .	1640
Erdrückt und erstickt (Kinder) . . . . .	1936
Ermordet . . . . .	217
Mit einem Dolch erstochen . . . . .	20
Getödtet in der Pillory . . . . .	3
„ durch Gift . . . . .	34
„ durch den tollen Hundsbiss . . . . .	29
„ durch den Biss einer tollen Katze . . . . .	2
„ durch den Biss einer Otter . . . . .	1
„ von einem Bären . . . . .	1
„ von einem Ochsen . . . . .	1
„ von einem Pferdeschlag . . . . .	1

---

11060

1) Schlötzer's Briefwechsel. Heft XLV. S. 188.

	11060
Getödtet im Duel . . . . .	3
„ an empfangenen Wunden . . . . .	5
Zufälliger weise erschossen . . . . .	21
Vom Schiesspulver aufgefliegen . . . . .	1
„ Blitz getödtet . . . . .	2
Erstickt vom Kohlendampf u. d. gl. . . . .	80
„ im Essen . . . . .	3
„ im Fett . . . . .	14
„ an einer Kirsche . . . . .	1
Erdrückt (Smotherd) . . . . .	70
Erwürgt . . . . .	5
Zerquetscht, gerädert vom Wagen . . . . .	112
Verbrannt . . . . .	221
Verbrüht . . . . .	94
An zerbrochenem Arm oder Bein . . . . .	182
An zerbrochenem Schulterblatt . . . . .	42
An zerbrochenem Kinnbacken . . . . .	10
An zerbrochenem andern Gliede . . . . .	23
An abgenommenen Arm oder Bein . . . . .	3
An abgenommener Brust . . . . .	1
An ausgezogenem Zahne . . . . .	1
Von Hunger oder Kälte. . . . .	17
Von grossem Schrecken . . . . .	23
	<hr/> 11994

Die Summe aller, in 30 Jahren, zu London Verstorbenen, war 750,322. durch Unglücksfälle zu Tod gekommene, sind also zu der ganzen Summe, 16 zu 10001 oder beynahe wie 1 : 62 1/2; das ist, unter 62, ist einer durch e Zufall verunglückt<sup>1)</sup>.

In dieser Tabelle ist gar keine Rede von Menschen, die sich aufs Meer bege und dort umgekommen sind. Dass in einer Stadt, wo man so leicht Arm und abnimmt, in 30 Jahren nur 3 Personen nach solcher Operation gestorben seyn so ist so wenig glaublich, als dass nur ein Tod auf Abnehmung einer Brust erfol sey. Vermuthlich haben die Wundärzte der Sache einen andern Namen zu ge gewusst, wenn der Patient nicht selbst unter der Operation gestorben ist: und fehlen viele andere Artikel, die, in einem Zeitraume von 30 Jahren, in einer grossen Stadt, den Tod verursacht haben müssen.

Nach einer Tabelle von 1785, sind zu London vom 13. December 1785, den 12. December 1786, geboren worden 18,119. Gestorben sind 20,454. Verunglückten waren unter diesen:

Erfrohren . . . . .	8
Verwundet und verletzt . . . . .	19
Verbrannt . . . . .	9
Ertrunken . . . . .	112
Selbstmörder . . . . .	22
Vergiftet . . . . .	2
Verhungert . . . . .	3
	<hr/> 175

1) Süssmilch, Göttl. Ordn. II. Theil; S. 432, 3.

	175
Todgefallen . . . . .	58
Ermordet . . . . .	7
In siedend Wasser gefallen . . . . .	1
Im Rauch erstickt . . . . .	4
Summa . . . . .	<u>245</u>

Auf dem Lande, sind zwar viele Ursachen plötzlicher Unglücksfälle, die dort herrschen, nicht zugegen; allein man rechne, wie viel Menschen da in Gruben, Sandgruben ersticken, wie viele in Steinbrüchen zertrümmert werden, manche von Bäumen zu Tod stürzen, beym Holzfällen erschlagen werden, wie Kinder, wegen Mangel der Aufsicht ihrer in Arbeit begriffenen Aeltern, verbrühen, verbrühen, ersticken, ersäufen, von Schweinen gefressen werden, sich zu Tode stellen, u. s. w. — So wird die Gefahr in Städten und auf dem Lande, beynahe gleich scheinen müssen.“

In den Zeiten, welche dem Aufschwunge des Rettungswesens vorausgingen, sind dann nicht sehr viel neue Einrichtungen auf dem Gebiete des Rettungswesens getroffen worden. Der Grund hierfür liegt darin, dass die damals in Europa herrschenden Kriege die Aufmerksamkeit der Behörden und des Publikums mehr nach aussen richteten, so dass es nicht möglich war, für dergleichen innerliche Verhältnisse viel Interesse zu erwecken. Einzelne Werke und behördliche Verfügungen sind auch in jener Zeit erschienen, aber es ist doch ihre Wichtigkeit gering im Verhältniss zu der aus der früheren Periode. Der Hauptgrund ist auch wohl dafür anzuführen, dass die reichhaltige Literatur jener Zeit, wie erwähnt, fast vollkommen in Vergessenheit gegeben ist, und daher die in neuerer Zeit hergestellten Rettungseinrichtungen gewöhnlich als ganz neue Erfindungen hingestellt und auch für solche gehalten werden, während bei natürlicher Entwicklung der Dinge solche Verbesserungen, wie sich beim Vergleich mit den älteren zeigt, gar nicht anders hergestellt werden können. Sie waren vor mehr als hundert Jahren in gleicher, den damaligen Verhältnissen angepasster Weise eingerichtet.

Es zeigt sich nämlich aus allen in jener Zeit vorhanden gewesenen Rettungseinrichtungen, von welchen ein Theil oder sogar der grösste Theil jetzt nicht mehr besteht, dass man genau wie heute bemüht war, bei Unglücksfällen zunächst Vorkehrungen zu treffen, die Verwundeten aus ihrer gefährlichen Lage zu befreien und dann bis zur Ankunft eines Arztes oder Wundarztes zu versorgen. In einigen Städten waren diejenigen Aerzte, welche sich für diesen Dienst verpflichtet erklärt hatten, bekannt gegeben, damit man so schnell als möglich ärztliche Hülfe erreichen konnte, was natürlich unter den jener Zeit bestehenden Verhältnissen sich nicht so leicht verwirklichen liess, als heute, wo Dampf und Electricität in Bezug auf Herbeiführung und Herbeiholung von Personen gänzlich veränderte und verbesserte Verhältnisse geschaffen haben. Besonders auf dem Lande war damals noch schwieriger als jetzt, stets ärztliche Hülfe zu erlangen,

wenn eine solche dringend nöthig war, und es waren bereits sehr früh Schriften erschienen, welche bestimmt waren, Nichtärzten Anleitungen für solche Fälle zu geben. In diesen Werken war es theilweise im Titel ausgedrückt, dass sie zum Unterricht für Laien für Nothfälle, wo kein Arzt zu erreichen, dienen sollten. Als Beispiele seien hier erwähnt:

Kurtze Beschreibung  
 Eines sehr geschmeidigen  
 Föld - Apothecklins /  
 Darinnen sieben ausserlese-  
 ne köstliche Artzneyen zufinden / die  
 in Beyseyn aller Herrn Professorum der  
 Vniversität Tübingen aufgelegt vnd  
 bereittet / auch von Ihnen und andern vor-  
 nehmen Medicis bewehrt er-  
 funden worden.  
 Für Reisende oder solche Personen /  
 die auff den Nothfall weder Doctores  
 noch Apothecker in der Nähe  
 oder bey der Hand ha . . . .  
 . . . . ben.  
 In Truck gegeben und verfertigt  
 Durch  
 Friderich Greiffen.  
 Tübingen /  
 Getruckt bei Philibert Brunnen.  
 Im Jahr 1642.

Ziemlich ähnlich ist der genannte Hinweis in folgendem Titel:

Christoph Schorers / Phil. et Med. Do-  
 ctoris, Fürstl. Würtemb. Mümpelgartisch.  
 Raths / und Physici Ordinarii dess H. Reichs  
 Stadt Memmingen /  
 Bedencken / wie  
 man sich / nechst Göttlicher  
 Hülf / vor dem Schlag / oder Gewalt  
 GOTTes / vorsehen und bewah-  
 ren solle.  
 Sampt einem kurzen Be-  
 richt / was im Nothfall / und in Ab-  
 wesenheit eines Medici, bey einer vom  
 Schlag getroffenen Person / zu  
 thun seye.  
 Den Gesundheit-liebenden zu besten  
 geschrieben; Jetzünder vermehret / und  
 zum Anderen mal gedruckt.  
 In UML / bey Balthasar Kühnen /  
 Im Jahr 1662.

**Zum ersten Male wird der Name „Samariter“ in Verbindung mit einer Hülfe in Abwesenheit eines Arztes in folgendem Werke erwähnt<sup>1)</sup>:**

**Der Raeisende Samariter / Oder Kurtzes Artzney-Buechlein / Von Guten und bewährten Artzney-Mitteln / deren die Raeisende im Nothfall und Mangel eines Arztes sich selber bedienen können.**

**MDCLXXXIV (ohne Ort)**

**30 Seiten 11/6,5 cm.**

**Ganz besonders sind dann zahlreiche Werke zu erwähnen, welche dem gemeinen Mann während der grossen Volksseuchen im Mittelalter den Stand setzen sollten, sich in Abwesenheit eines Arztes zu helfen.**

**Jesu Summo Medicorum Principe Secundante!**

**Anthora**

**In Nuce /**

**oder**

**Zufällige Gedanken /**

**Wie man sich**

**Vor allen ansteckenden und Pestilentialischen**

**Fiebern**

**praeserviren /**

**und**

**in Ermangelung eines Medici**

**curiren soll /**

**entworfen und zum Drucke befördert**

**von**

**Joh. Samuel Ledeln /**

**Med. Doct. und Practico in Crossen.**

**Gedruckt Anno 1719.**

**Weiterhin will ich noch den Titel eines Werkes aus späterer Zeit erwähnen, in welchem gleichfalls Hülfe für Nothfälle, wo ein Arzt mangelt, gelehrt werden soll:**

**Die höchstnöthige**

**Erkenntniss**

**des Menschen,**

**sonderlich nach dem**

**Leibe und natürlichen Leben,**

**Oder, ein deutlicher**

**Unterricht**

**von der Gsundheit und deren Erhaltung: auch von**

**den Ursachen, Kennzeichen und Namen der Krankheiten,**

**und bewährten Mitteln gegen dieselben,**

**damit ein jeder, auch Ungelehrter, bey Ermangelung**

**eines Medici, sonderlich durch XI sichere hierzu**

**hinlänglich erfundene, und zu einer bequemen**

**Haus-, Reise- und Feld-Apothecken**

<sup>1)</sup> Den Titel dieses ausserordentlich seltenen Büchleins verdanke ich der Freundlichkeit des Herrn Collegen Roediger-Frankfurt a. M., in dessen Besitz sich die Schrift befindet. Die anderen hier genannten Werke sind in meinen eigenen Sammlungen.



selegirte Medicamente und Gebrauch dieses Tractats,  
 vermöge bisheriger reichen Erfahrung, die gewöhnlichen,  
 auch schweren Krankheiten, sicher, und mit gutem  
 Success curiren könne,  
 abgefasst von  
 D. Christian Friedrich Richtern,  
 Med. pract. in Halle,  
 Und zum Siebenzehnten mal mit einem verbesserten  
 Register heraus gegeben.  
 Gedruckt im Jahr 1764.

Kurtzer  
 Und wohlgemeinter  
 Unterricht /.  
 Wie doch bey itzt hin und wieder grassir-  
 render und ansteckender  
 Seuche /  
 Oder  
 Höchst-gefährlichen  
 Pest-Fiebern /  
 Sich männiglich / so viel möglich prae-  
 serviren / und zur Noht bey Abwesenheit  
 eines Medici, oder Chirur-  
 gi curiren könne /  
 Dem Nächsten / sonderlich aber den Arme  
 und Unvermögenden zu Nutz und Besten /  
 Aufgesetzt von  
 Tobia Heinsio, D. im Marg-  
 graffthum Nieder-Laussnitz / sonderlich des  
 Gubnischen Kreises / und der Stadt  
 Guben bestellten Physiko Ord.  
 Berlin /  
 Itzo verlegt von Rupert Völcker /  
 Buchhändlern.

Gleichfalls ist aus jener Zeit das Bestreben zu erwähnen, während der Zeit der Noth die Bereitschaft ärztlicher Hülfe sicherzustellen. In der Schrift von Habersack:

Relation, In welcher beygebracht wird / was gestalten die Wiennerrische Neustadt Mit der Pest angesteckt worden: etc. Wienn in Oesterreich / 1681.

findet sich folgender Passus:

„Die inficirte Persohnen seynd in das vorhero schon zubereitete Lazareth gebracht worden / allda sie von den verordneten Pest-Artzten / welcher der Beschauer genennet wird / versehen / und verbunden worden.“

Damit aber kein Abgang in Ermangelung der Beschauer oder Pest-Artzt seye; ist einem andern vorhero das Wart-Geld bezahlt worden / mit Namen Caspar Seidl einen Baader-Gesellen / dem ein eigne Wohnung in der Statt nächst denen Ringmauren ein bequemes Orth zubereitet worden / auch aller anderer unnothwendiger Ausgang verboten: damit

EINE grosse Zahl von Werken ähnlichen Inhaltes ist in jenen Zeiten erschienen, welche zum Theil treffliche Darstellungen einer Volksmedizin enthalten, während andere nicht auf der Höhe standen, sondern, wie in späterer Zeit getadelt wurde, viel dazu beitrugen, die Curpscherei zu fördern, oder auch wohl nur als Mittel für Curpfuscherei anzusehen sind. Jedenfalls sind die ersteren Werke, deren Erscheinen Einsicht beweist, dass bis zur Ankunft eines Arztes oder in Abwesenheit eines solchen irgend eine Vorsorge für Erkrankte und Verunglückte getroffen werden muss, als die Vorläufer des jetzt sogenannten Samariterbuchs anzusehen. Ich möchte dies hervorheben, weil hierauf noch nicht genügend oder gar nicht hingewiesen worden ist. Es sind dann noch mehrere Werke aus dem 17. und 18. Jahrhundert mit eigenartigem Titel zu erwähnen, wie: Der unwürdige Doctor, der sichere und gewinnde Arzt, der präservirende Arzt, erwünschter Hausarzt, Land- und uern-Doctor und ähnlich lautenden Titeln, in welchen gewöhnlich das Wort „Arzt“ mit irgend einem Beiwort versehen ist, welches anzeigt, dass das betreffende Werk für Nichtärzte verfasst ist.

Nach Begründung der Amsterdamer Rettungsgesellschaft wurden in einer grossen Reihe der hervorragendsten Aerzte der damaligen Zeit Werke, welche für die Unterweisung von Laien zur ersten Hilfsleistung in Abwesenheit von Aerzten, besonders für die Landbewohner oder auch andere Personen, welche nicht leicht ärztliche Hülfe finden konnten, bestimmt waren, herausgegeben, so von Tissot, Struve, Störk, Zarda u. A.

Sehr gesucht waren in jener Zeit Bücher, welche in alphabetischer Reihenfolge Erkrankungszustände und die dagegen zu benutzenden Hilfsmittel enthielten, wie solche z. B. von Zarda, Hufeland, Poppe verfasst sind. Der erstere Autor verdient ganz besonders genannt zu werden, da er als erster Arzt einen Unterricht in erster Hülfe 1792

Adalbert Vincenz Zarda

der freyen Künste, Weltweisheit und Arzneywissenschaft Doktor,  
ausserordentlicher Lehrer an der k. k. uralten Karl Ferdinandische  
Universität zu Prag

Kündigt seine Vorlesungen über die Rettungsmittel in plötzlichen Lebensgefahren an, und ladet hiezu Jedermann ohne Unterschied der Religion, des Standes und Geschlechts (mit der einzigen Ausnahme des Alters, wo überhaupt das 16. Jahr erfordert wird), besonders aber diejenigen, welche sich der Seelsorge, Landwirthschaft, und überhaupt dem Landleben widmen wollen, geziemend ein.

Der grosse Bedarf ärztlicher Kenntnisse bey den oft und vielfältig sich ereignenden plötzlichen Lebensgefahren, und die Unmöglichkeit hiezu Aerzte, besonders auf dem münder bevolkerten flachen Lande zu bestimmen, bewogen seit geraumer Zeit alle auf das Wohl der Menschheit genau wachende Staaten, hierüber öffentlich Volksunterrichte zu verkündigen, bewogen in England und Holland ganze Gesellschaften, sich blos zur Rettung in plötzliche Lebensgefahr gerathener Menschen zu vereinigen. Selbst der Allerhöchste k. k. Hof hat über mehrere Zweige diese Gegenstandes die wohlthätigsten Gesetze gegeben, dass beynahe nichts als die allgemeine Verbreitung und genaue Erfüllung derselben zu wünschen übrig bleibe Dieses zu bewerkstelligen, und das menschliche Leiden in etwas zu vermindern, hat ich mich entschlossen, mit Erlaubniss eines Hohen Landesgubernicums im Karoli hierüber unentgeltlich öffentliche und praktische Vorlesungen zu geben; und zwar nach dem folgenden Plane.

### I. Hauptabtheilung.

#### Von den Todtscheinenden.

1. Von den todtscheinenden Neugeborenen.
2. Von den erdrückten Kindern.
3. Von den Ertrunkenen.
4. Von den Erfrorenen.
5. Von den Erhenkten oder Erwürgten.
6. Von den von Dünsten und Dämpfen Betäubten und Ersticken.
7. Von den vom Fall und Sturz Leblosen.
8. Von den vom Blitz Gerührten.
9. Von den in und ausser Krankheiten Leblosen.

### II. Hauptabtheilung.

#### Von den in plötzliche Lebensgefahr Gerathenen.

1. Von den durch Gift Verletzten.
2. Von den durch Bisse der wüthigen Thiere Verletzten.
3. Von den durch Verbrennung Verletzten.
4. Von den an verschluckten Sachen Ersticken.
5. Von den mit Schlag- und Steckflüssen oder andern Hals- und Brustkrankheiten Behafteten.
6. Von den mit Blutflüssen und andern starken Ausleerungen Behafteten.
7. Von den an Stockung nöthiger Ausleerungen Leidenden.
8. Von den von Schmerzen ergriffenen und an Krämpfen und Zuckungen Leidenden.
9. Vom frühen Begraben der Verstorbenen.

Am Schlusse werden einige Verhaltensregeln, wie man sich bey anwandelnde Unpässlichkeit, bey ansteckenden Krankheiten, als der Pest, bey Scharlach, Fleck

dingen, wenn man andere angingen, welche die ersten zugegen  
d, davon verständigen, und in meiner Wohnung in der **altstädter  
mannsgasse** bey **Heuschöber** Nro. 35 wollen rufen lassen, welches  
besonders eine Wohlh. Polizey der k. k. Hauptstadt Prag, deren  
nschaft allerdings am ersten zu solchen Unglücken kömmt, ersuche,  
derselben unermüdeten Thätigkeit einiger massen Hülfe zu leisten.

**Zarda** will den Samariterunterricht nur an Personen ertheilen,  
he mindestens 16 Jahre alt sind, besonders an solche, welche auf  
Lande leben. Zum Schlusse giebt er auch einige hygienische Ver-  
nungsmaassregeln bei ansteckenden Krankheiten und erbietet sich auch  
Unglücksfällen zu Hülfe zu kommen — wohl sicher unentgeltlich,  
wohl kaum von einem Professor anzunehmen ist, dass er sich  
t in dieser Weise dem Publikum angeboten. Die Schrift **Zarda's**  
n dem Nutzen über die Rettungsmittel in plötzlichen Lebensgefahren  
ärzten Unterricht zu geben“ enthält viele Gesichtspunkte, welche  
heute lesenswerth sind, da ja das Samariterthum in späterer Zeit  
ler von Neuem sich Eingang verschaffte — natürlich als ganz neue  
ichtung angesehen und mit den gleichen Gründen und Angriffen be-  
pft als 100 Jahre vorher. **Zarda** will der irrigen Auffassung ent-  
treten, dass „durch solche öffentliche medicinische Unterrichte an  
ärzte die Quacksalberey und Puschery neuen Schutz“ erhalte, „ob-  
n die Gesetze auf der anderen Seite nicht genug Mühe anwenden  
nen, diesem um sich fressenden Staaten verheerenden Uebel Einhalt  
hun“. Betreffs des Unterrichtes selbst sagt **Zarda**: „Das Licht  
wahren Aufklärung, jener Aufklärung, welche mit der Verfeinerung  
erer soliden Herzensempfindungen parallel geht, dieses wohlthätige  
it leuchtet auch hier, und es traten nun die grössten Aerzte Europens  
dem Landvolke einen Wegweiser in zustossenden Krankheiten zu

Körpers, er vergleicht die mehrmal wiederholte Versuche mit diesen ehemaligen geglaubten Retters, des Scharfrichters, Schäfers, Abde Frohndieners, Propheten, Segensprechers, weisen Mannes, Uringu findet, dass diese ihn betrügen, und jene ihm einfache Wahrheit sagen, t sich nun in Kleinigkeiten damit, und geht, wenn ihm Gefahr droht, nur mehr zu Scharlatanen, nein, er sucht die Hülfe eines wirklichen Ar

In der folgenden Zeit waren dann besonders die behördlicher fungen für Nichtärzte bei Unglücksfällen Hülfe zu leisten, wi angeführten Verordnungen beweisen, die in die Erscheinung tret Andeutungen eines Rettungswesens. Auch für die Beamten, v zuerst mit Verunglückten in Berührung kommen, die Polizeibea wurden solche Verordnungen erlassen. Polizeirath Merker hat sie 1818 in seinem „Handbuch für Polizeybeamte im ausübenden Di eigens zusammengestellt. In der oben abgedruckten Bekanntmachu Wiener Rettungsanstalt 1803 enthält No. 19 S. 561 Anweisung üb Thätigkeit der Polizeibeamten bei Unglücksfällen.

Um die gleiche Zeit wurde von verschiedenen Seiten, nam von Aerzten, der Vorschlag gemacht, die Leichen, um das Begrabe Scheintodten zu verhüten, vorher bestimmte Zeit in besonderen Hä Leichenhäusern, unterzubringen und daselbst in geeigneter Weise : obachten. Es entstanden in Deutschland eine Reihe von solchen Le häusern, über deren Benutzung gleichfalls aus jener Zeit zahlreich ordnungen und Veröffentlichungen vorhanden sind. Besonders w sich 1788 Marcus Herz gegen den bei den Juden herrschende brauch, ihre Todten schon nach vier Stunden zu beerdigen und put einen „Plan zu einer mit Königl. Allerhöchster Bewilligung allh errichtenden Leichen- und Rettungsanstalt“.

Die erste Anstalt dieser Art in Deutschland wurde 1791 au schlag Hufeland's in Weimar eingerichtet. 1797 wurde eine A in Berlin von der Gesellschaft der Freunde und 1818 in Mü eine solche hergestellt. Für erstere erlangte Oppenheimer einen ständigen Rettungsapparat, Badewanne etc. In Bromberg wurde Leichenhaus mit kreisförmiger Aufstellung der Särge um eine Bühne eröffnet. 1805 wurde das Leichenhaus in Mainz errichtet.

Auch zur Zeit der Choleraepidemie im Jahre 1831 war Besor vor dem Lebendigbegrabenwerden vorhanden. Ebers veröffentlich der Schlesischen Cholera-Zeitung 1831/32 einen Aufsatz: „Ueber Beerdigung der an Cholera gestorbenen Personen“, in welcher darauf hinwies, dass der Scheintod zwar selten sich bei Cholera kra ereigne, und die Choleraleichen typisches Aussehen hätten. Imm müsse man aber bei grossen Epidemien recht vorsichtig sein.

Noch bis vor einigen Jahren hatte die Leichenhalle des Jerusalemer K hofes in der Belle-Alliancestrasse in Berlin aussen die Aufschrift: „Zu rettung vom Scheintode,“ welche bei Ausbesserung des Hauses entfernt w

Bemerkenswerth ist ein Aufsatz: „Ueber die Möglichkeit des Lebea begrabens und die Errichtung von Leichenhäusern“ von Dr. Spo

verfassten, Grundzügen des neuen Leichenhauses das Merkwürdigste beige mit.

Durch Erbauung des neuen Leichenhauses soll ein doppelter Zweck erreicht

Möglichste Sicherstellung vor der Gefahr, lebendig begraben zu werden.

Vorhandenseyn eines schicklichen Locals, um aus den oft sehr beengten Räumlichkeiten der hiesigen Einwohner eine Leiche entfernen zu können.

Jede Leiche einer hier verstorbenen Person, ohne Rücksicht auf Stand, Religion, Geburtsort, Ursache des Todes u. s. w. muss, sowie die Verwandten, Freunde derselben, oder in deren Ermangelung der Besitzer des Hauses, der Bestatter, oder eine Behörde es verlangen, unverweigerlich im Leichenhaus aufbewahrt werden.

Die Fürsorge für die Leichen und deren Behandlung ist gleichförmig, ohne Rücksicht auf das Alter, Geschlecht, Standes.

Im Leichenhause muss stets die grösste Reinlichkeit herrschen, und sowie eine Leiche darin aufgestellt ist, findet ununterbrochene Aufsicht durch einen Wächter statt.

Ein Arzt muss, so wie Leichen vorhanden sind, das Leichenhaus täglich besuchen, und im Falle ihm bei einer Leiche die Zeichen des Todes nicht sicher zu sein, täglich mehrfach<sup>2)</sup>. Der zum gewöhnlichen Besuch des Leichenhauses verordneter Arzt hat für Fälle seiner Abwesenheit einen seiner Collegen zu substituieren.

Ohne Zustimmung des Arztes darf eine im Leichenhause aufgestellte Leiche nicht erdberdig begraben werden. Diese Zustimmung hat er mit Beifügung eines Bescheides in ein hiezu besonders angelegtes Leichenhausregister, das im Leichenhause öffentlich vorliegen muss, einzutragen<sup>3)</sup>.

Zur Anwendung etwa nöthiger Wiederbelebungsversuche sind, ausser den nöthigen pharmaceutischen Modikamenten, folgende Inventarstücke angeschafft:

ein vollständiges Bett, mit Bettstelle; eine Badewanne; ein kupferner Kessel zum Erhitzen des Badewassers, eine Klystierspritze, drei Bürsten, zwei Wärmflaschen, ein Handtuch, ein kleiner Spiegel, einige Ellen Flanell.

9. Der Arzt wird stets Sorgfalt tragen, dass sehr übergehende Leichen schnell begraben, oder von Leichen, die noch gut conservirt sind, separat wei

10. Es stehet demselben die besondere Aufsicht über den Todtengräber Leichenwächter zu, welche seinen Anordnungen unbedingten Gehorsam leisten mü

11. So wie eine Leiche ins Leichenhaus gebracht wird, hat sie der Todtengr in einen der vorhandenen Körbe zu legen, sie mit einer Decke zu versehen, und mit grösster Genauigkeit an Fingern und Zehen die Ringe oder Hüte, die mit Weckern in Verbindung stehen, anzulegen. Eine besonders gefertigte (sehr zu mässige) Instruction für den Todtengräber bestimmt seine Pflichten näher.

12. Für den Transport einer Leiche in das Leichenhaus wird von Osterr Michaelis ein Thaler, von Michaelis bis Ostern ein Thaler 12 Gr. bezahlt, und an den Todtengräber, zu dessen Amt es gehört, für sichere und rechtliche Geh zu sorgen.

13. Für die Aufbewahrung einer Leiche im Leichenhause wird nichts be als für jede 24 Stunden zwei Groschen für die Beleuchtung, und ein Korb Ho den Monaten Oktober bis April, zur Beheizung des Leichensaals.

14. Die Angehörigen unvernünftiger Personen zahlen weder für den Tran noch für die Aufbewahrung im Leichenhause irgend etwas.

15. Nur den nächsten Verwandten einer im Leichenhaus befindlichen I ist der Zutritt zum Leichensaal erlaubt. Alle Personen, die aus Neugierde zudri sind zurückzuweisen<sup>1)</sup>.

16. Häufige, unvernünftige Visitationen des Leichenwächters, vorzüglich Nachts, sollen statt finden.

Von jenen anderen Gesellschaften, welche zuerst organisirte richtungen für Verunglückte schufen und Anweisungen für die Beh lung dieser erliessen, sind, wie schon bemerkt, ausser der Royal Hur Society in England nicht sehr viele übrig geblieben. Die Hamburgi Anstalt hatte noch unter anderen im Jahre 1841 eine „Anweisung die Behandlung der ins Wasser gefallenen oder sonst erstickten Perso bis zur Ankunft eines Arztes oder Wundarztes“ erlassen, in spät Jahren waren dann noch weitere Anordnungen ergangen, und im J. 1877 hat Reincke als „bisheriger zweiter Vorsteher“ eine Zusamm stellung und Uebersicht ihrer Einrichtungen und ihrer Verwaltung geben. Das weitere Schicksal der Gesellschaft ist unten geschil. Im Jahre 1877 war in London die St. John's Ambulance A ciation errichtet worden. Als Esmarch bei Gelegenheit des interna nalen medicinischen Congresses 1881 in London deren Einrichtun kennen lernte, fasste er den Plan, einen Unterricht für Laien in ersten Hülfe bis zur Ankunft eines Arztes in Deutschland einzufüh. Im Februar 1882 machte Esmarch den ersten Versuch, einen Un richtscursus in der ersten Hülfe vor seinen Mitbürgern abzuhalten. 1 erntete solchen Beifall, dass er im März 1882 den Deutschen Samari

1) In andern Leichenhäusern, z. B. in dem zu München, ist Jedermann Zutritt gestattet. Die besondere Einrichtung des Weimarschen Leichenhauses, wel nicht, wie jenes in München, mit einer geräumigen Vorhalle und mit Glasthüren<sup>1</sup> sehen ist, durch welche man die Leichen sehen kann, ohne in den Leichensaal sel einzudringen, rechtfertigt dieses Verbot.

zu Kiel begründete. Die hochselige Kaiserin Augusta übernahm tectorat über den Verein und nach ihrem Hinscheiden die Kaiserin h, während Prinz Heinrich den Ehrenvorsitz führt. Esmarch : in der ersten Samariterschule gehaltenen Vorträge unter dem „Die erste Hülfe bei plötzlichen Unglücksfällen, ein Leitfaden ariterschulen in sechs Vorträgen“ heraus. Dieses Buch hat, wie aum ein zweites volksthümlich geschriebenes Verbreitung ge-

Es ist jetzt in 15 Auflagen erschienen und in viele fremde n übersetzt worden. Ein Auszug aus dem Leitfaden wird als ismus zur ersten Hülfe bei plötzlichen Unglücksfällen“ jedem aus- en Samariter zur Wiederholung mitgegeben. Auch in Plakatform

Metall gedruckt erschien dieser und wurde in Werkstätten, an fen, Badeanstalten, Brücken angeschlagen. Wie die St. John's ace Association in London begann auch der Samariterverein in i Vertrieb von Lehrmitteln und Verbandkästen. Es wurden Wand- erfertigt und die für die erste Laienhülfe erforderlichen Gegen- in einem Kasten zusammengestellt. Ausserdem wurden auch terapotheiken“ hergestellt, deren kleinere Folgendes enthielt: proc. Lysollösung, 10 g reines Lysol, 100 g Leinöl, Kalkwasser oc. Thymol, 10 g Ammoniakflüssigkeit, 10 g Hoffmannstropfen, Sublimatwatte, 1 Stück Borlint, 1 Stück entfettete Watte, 1 Blech- : Stücken Zucker, 5 Tupfer aus Sublimatwatte, 5 grosse dreieckige 4 Holzschienen, 1 Scheere, 5 Binden, 1 elastische Binde, nbecken, 1 Katechismus. In der grossen Apotheke sind die Mittel in vermehrter Gestalt vorgesehen.

h den Satzungen ist der Zweck des Vereins:

1. Der Samariterverein hat sich die Aufgabe gestellt, die Kenntniss ersten Hilfe in plötzlichen Unglücksfällen unter Laien zu ver- durch Errichtung von Samariterschulen.

unter wird verstanden die Ertheilung eines Unterrichts in den Ankunft des Arztes nothwendigen Hülfeleistungen.

· diese Hülfeleistungen werden in erster Linie in Aussicht ge- die Angestellten aller Corporationen, privater oder staatlicher n, Militärs und Seeleute, welche am häufigsten in die Lage können, bei Unglücksfällen zugegen zu sein; es soll aber auch erricht jedem Einzelnen Gelegenheit geben, diejenigen Kenntnisse rben, durch welche er in oben angedeutetem Sinne sich seinen ekten Mitmenschen nützlich erweisen kann.

r Verein wird zu diesem Zwecke suchen, geeignete Persönlich- u gewinnen, die den Unterricht im Samariterwesen ertheilen, und lesen zur Beschaffung der für den Unterricht nothwendigen n, Bilder, Modelle und Verbandgegenstände nach Kräften behilf- l.

len Theilnehmer an einem Samaritercursus, welcher sämtliche ngen gehört und an den Uebungen theilgenommen hat, steht es i Examen abzulegen; wer dasselbe besteht, erhält ein Diplom,



welches ihn als Samariter legitimirt, damit aber zugleich verpflichtet, Hilfe unentgeltlich zu leisten.

Für aussergewöhnliche Leistungen auf dem genannten Gebiete behält sich der Verein vor, besondere Auszeichnungen und Anerkennungen zu verleihen“.

Es sind nach dem Muster des Esmarch'schen Leidfadens wieder andere Bücher für erste Hülfe und für Unterricht in derselben erschienen und man kann wohl sagen, dass wohl Jeder, welcher selbst eine solche Unterweisung ertheilt, sich auch selbst einen Plan und allgemeinen Entwurf für einen solchen Unterricht herstellt. Es richtet sich dieser nach dem Bildungsgrade der Zuhörer und nach der Intelligenz derselben, dass es sehr berechtigt ist, Angehörige bestimmter Berufsklassen und auch Bildungsstufen immer in einem Unterrichtscurse zusammenzunehmen. Bezeichnend für die Art des Unterrichtes in der ersten Hülfe ist, dass vor zwei Jahren v. Bergmann im Aerzteverein der Berlin Rettungs-Gesellschaft vor Aerzten solche Curse abhielt, und damals von einigen Seiten eingewendet wurde, dass dergleichen, weil es bis dahin noch nicht geschehen, doch für Aerzte gar nicht passend sei. Gerade diese Curse haben bewiesen, dass es eben auf die Gleichartigkeit der Zuhörer ankommt, welche solchen Cursen beiwohnen, und welchen Unterricht angepasst werden muss. Jene ausgezeichneten Vorträge werden Jedem, welcher an ihnen theilgenommen, in der Erinnerung bleiben. Hier war die Unterweisung eine andere, als die für Mitglieder von Sportvereinen oder für Werkmeister von Fabriken, für Eisenbahnbeamte u. s. w. bestimmte.

In meiner Arbeit über „Krankentransport“, welche 1894 in der Encyclopädischen Jahrbüchern erschien, habe ich Folgendes ausgesprochen:

„Der Krankentransport, die Ueberführung des Kranken von einem Ort zum anderen, gehört zu den bedeutendsten Zweigen der gesamten Krankenpflege. Der Krankentransport stellt in vielen Fällen den Beginn der Sorge um den Kranken dar und ist oft von entscheidender Bedeutung für sein ferneres Wohlergehen. Eine der vornehmsten Aufgaben bei der Erlernung der Krankenpflege für Aerzte und Wärter sollte es sein, sich genau über sachgemässe Art des Krankentransportes zu unterrichten. Leider wird die Krankenpflege als solche auf den meisten Universitäten so gut wie garnicht besprochen. Es wäre sicherlich ein verdienstvolles Werk, im Anschluss an die Verband- oder Operationscourse auch Unterweisungen in den verschiedenen Arten des Krankentransportes, eventuell auch mit Uebungen, zu ertheilen, und dadurch einen wichtigen Theil der Krankenpflege, deren Rest in den Kliniken zu besprechen bliebe, den Studirenden vorzuführen. Merkwürdigerweise werden in allen diesen Zweigen nur Laien — auch in der ersten Hülfe bei Unglücksfällen unterrichtet, während aus unbestimmbaren Gründen deren Kenntniss allen Medicinern als selbstverständlich vorausgesetzt wird, jedoch, die tägliche Erfahrung lehrt, keineswegs stets in genügendem Masse vorhanden ist.“

on 1891, geschieht, die erste Hülfe bei Verunglückten und plötzlichkranken als ein besonderes Studiengebiet auffasst, was unzweifelhaftig ist, so wird man auch sich dazu bekennen müssen, dass diese studirenden Mediciner als ein besonderer Studienzweig eingeworden muss. Dieses Gebiet kann nun bei verschiedener Gelegenheit den Studenten der Medicin vorgetragen werden. Ich habe vorgeschlagen, in den ersten Semestern beim Unterricht in der Anatomie, ja sogar im ersten Semester beim Studium in der Osteologie dieses Gebiet mitzuunterrichten. Ferner würde vielleicht der Unterricht in der topographischen Anatomie zur Anknüpfung von allgemeinen Kenntnissen über erste Hülfe bei Verletzungen sehr geeignet sein. Die Vorlesungen würden sicherlich durch solche Hinweise an dem Interesse gewinnen, und bereits in früher Zeit die Aufmerksamkeit der Studenten auf den praktischen Werth des anscheinend nur theoretischen Gegenstandes gelenkt werden. Ferner bietet sich eine gute Gelegenheit zur Unterweisung von Studenten in den Handleistungen der ersten Hülfe in den Cursen über Verbandlehre, welche früher an den anatomischen Lederpuppen, jetzt, was als ein Fortschritt zu bezeichnen ist, an Leichen geübt werden. Auch dieser Unterricht kann an Lebendigen nur die Zuhörer nur gewinnen, wenn die Verbände unter Zugrundelegung von wirklich vorkommenden Fällen von Verunglückungen aus der Praxis des täglichen Lebens oder an den Kranken selbst angelegt werden. Ist dieser Unterricht nicht als ein Samariterunterricht vor Laien zu betrachten, sondern viel mehr als ein integrierender Bestandtheil des medicinischen Studiums.

Da weiter die Leistung der ersten Hülfe zu den Verrichtungen des Arztes gehört, für welche er in jedem Augenblick vorbereitet sein muss,

Weise betheiligt sind, ist eine besondere Uebung in den ersten Hülfeleistungen in allen einzelnen Disciplinen ein dringendes Erforderniss. sei hier nur an einige sich häufig ereignende Fälle erinnert. Blutung oder heftige Schmerzen im Bereich der einzelnen Körpergegenden und Organe, die aus verschiedenen Ursachen auftretende Athemnoth, plötzlich entstehende Störungen der Function einzelner Organe, der Blase, der Verdauungswerkzeuge, Vergiftungen mit ihren Folgen, Störungen des Bewusstseins und das ganze Heer der verschiedenartigen Verletzungen erfordern eine ganz besondere Vorbildung auf dem Gesamtgebiete der Medicin, nicht allein der Chirurgie, wie vielfach erwähnt wird. Allerdings werden in den einzelnen Sondervorlesungen auf allen diesen Gebieten die für die erste Versorgung in Betracht kommenden Hülfeleistungen auch berührt. Aber die Zusammenfassung derselben in einer besonderen Fachvorlesung ist bis jetzt nirgends erfolgt. Und dennoch scheint eine solche in gleicher Weise erforderlich, wie jetzt speciell diagnostische oder allgemeintherapeutische Gegenstände zu einer Vorlesung vereinigt werden. Die erste Hülfe stellt besondere Anforderungen an den Rettungsarzt auf dem Gebiete der schnellen Diagnose. Ohne eine solche ist ein wirksames Eingreifen schwierig. Es muss also in dieser genannten Sondervorlesung der schnell auffassende Blick für die augenblickliche Gefahr geschärft werden, so dass diese Ausbildung die Grundlage für die gesammte Schulung der zukünftigen Aerzte sein muss.

Die jetzt eben in Preussen eingerichteten Fortbildungscurse für Aerzte könnten sehr wirksam für den genannten Zweck mitbenutzt werden. Ein Anfang hierzu ist bereits durch die erwähnten von v. Bergmann im Aerzteverein der Berliner Rettungsgesellschaft vor zwei Jahren abgehaltenen Course gemacht worden. Es war damals geplant worden, in den Hauptwachen der Rettungsgesellschaft, den Krankenhäusern, Fortbildungscurse besonders für die in der Nähe der Hospitäler wohnenden Aerzte einzurichten, um so die Hospitäler zu Mittelpunkten für die weitere Ausbildung der Aerzte zu gestalten. Dieser Plan hat durch die Begründung des Centralcomités für Einrichtung von Fortbildungscourse eine bedeutende Förderung und Ausgestaltung erfahren. Bei der Neuordnung des Rettungswesens, welche jetzt für die grösseren Städte Deutschlands auf der Tagesordnung steht, wäre eine Zusammenfassung der Einrichtungen dieses mit den Fortbildungscursen wohl zu berücksichtigen.

Andere Aufgaben erwachsen für die Nothhelfer oder, wie sie nach Esmarch genannt wurden, die Samariter. Ihre Aufgaben bestehen hauptsächlich darin, bei Unglücksfällen und bei plötzlichen Erkrankungen bei welchen sie zugegen sind, für schnelle Herbeirufung eines Arztes Sorge zu tragen und in der Zwischenzeit alle Schädlichkeiten von den Verunglückten fernzuhalten. Es ist also die Aufgabe der Samariter zunächst eine negative und dennoch eine ungemein wichtige. Bei einem Unfälle steht die Umgebung des Patienten gewöhnlich rathlos umher, immer mehr mühselige Zuschauer sammeln sich an, welche allein durch ihre Anwesenheit den Kranken aufregen, auch wenn sie, was beinahe nie geschieht

Beförderung des Kranken zu dem Hause oder Hause oder die Hilfe  
s Arztes zum Kranken zu veranlassen. Ist eine Beförderung in die  
her Wohnung des Arztes zweckmässig, so hat er für diese alles  
che anzuordnen und auch den Transport zu begleiten, damit  
ich den im vorigen Aufsätze gegebenen Regeln sachgemäss aus-  
ird. Er hat selbst einzugreifen, um die Lagerung des Kranken  
etzter Glieder herzustellen, und den Kranken mit oder ohne  
tzutragen. Im anderen Falle, wenn der Arzt an die Unfallstelle  
ird, hat der Samariter in der Zwischenzeit für eine richtige Lage-  
Kranken zu sorgen, zu veranlassen, dass der Patient aus dem  
l des Strassen- oder Fabrikbetriebes entfernt wird, und sich um die  
affung der nothwendigen Beförderungsmittel zu bekümmern. Seine  
Thätigkeit beschränke sich darauf, bei drohender Lebensgefahr,  
arch starke Blutung oder Athemnoth bei Bewusstlosen bewirkt  
h den ihm bekannt gegebenen Verfahren thätig einzugreifen.  
n diesen Grundsätzen ist auch der Unterricht für die Samariter  
en. Sie sollen niemals etwa so erzogen werden, dass sie sich  
könnten, den Arzt zu ersetzen, sondern nur dazu, dass sie  
trautmachung mit den Folgen der Gefahren, welche heute dem  
durch den Verkehr auf den Strassen und dem Fabrikgetriebe  
msichtig werden, und bei sich bietender Gelegenheit nicht ohne  
; dastehen, wie es sonst die meisten Menschen thun, welche  
ugen eines Unglücksfalles sind. Diese erzählen bei solcher Ge-  
dass sie einen Fall kennen, wo Jemand einen gleichen Unfall  
nd nachher gestorben, was den Verletzten, wenn er bei Bewusst-  
nur unnöthiger und schädlicher Weise aufregt. Noch schlimmer  
ürlich, wenn die Umgebung bei solchen Gelegenheiten die An-  
von Volksmitteln, wie von Auflegen von Spinnweben auf



Es gehört also Festigkeit des Charakters und eine aus lauterster Menschenliebe entspringende Gesinnung zu den Vorbedingungen für die Theilnahme von Laien an einem Unterrichte in der ersten Hülfe. Als Sport für Herren oder Damen, welche aus Mode sich an einem solchen Unterrichte zu betheiligen wünschen, darf derselbe nicht angesehen werden. Sicherlich ist der von Assmus aufgestellte Grundsatz richtig, nur solche Personen in der ersten Hülfe zu unterweisen, welche durch ihren Beruf in der Lage sind, häufig mit Verunglückten zu thun zu haben, welche also da verkehren, wo viele Menschen in relativ kleinem Raum sich zusammenfinden, wie in Schulen, Fabriken, oder welche in Betrieben arbeiten, in welchen trotz aller Vorsichtsmaassregeln Unfälle nie ganz zu vermeiden sind, oder welche im öffentlichen Verkehr direkt thätig und aus diesem Grunde als Erste Zeugen der Unfälle sind, wie die Polizeibeamten, ferner die Beamten der Eisenbahnen und auch der Strassenbahnen, deren Verkehr, z. B. in Berlin, eine sehr grosse Zahl von Unfällen mit sich bringt, ferner diejenigen, welche bei Feuer- oder Wassergefahr wohl allorts als erste zur Stelle sind, die Feuerwehrmänner, welche in vielen Städten auch zu Unglücksfällen aller Art herbeigerufen werden, um hülfsreiche Hand zu bieten, schliesslich Badediener, Schwimmlehrer, Schleusenmeister, Lootsen, Fischer, welche besonders bei Unfällen, die das nasse Element hervorbringt, zuerst am Platze sind.

Es ist also nicht richtig, möglichst viele oder gar alle Menschen als Samariter auszubilden, wie dies auch verlangt ist, und noch in neuester Zeit im Bericht der Cölner Rettungsgesellschaft vom Rothen Kreuz von Bardenheuer erwähnt wird. Dagegen spricht schon der Umstand, dass sehr viele der ausgebildeten Personen lange Zeit nicht ihre Kenntnisse werden anwenden können und dann im Nothfalle nicht im Stande sind, das Richtige zu thun. Es werden jetzt stets die einmal ausgebildeten Personen zu Wiederholungskursen in bestimmten Zeiträumen herangezogen, um die erlangten Kenntnisse immer wieder aufzufrischen. Solche Wiederholungskurse aber einzurichten, wenn alle oder auch nur ein Bruchtheil aller Menschen als Samariter ausgebildet sind, wäre ganz unmöglich. Also auch aus diesem Grunde muss eine Beschränkung der Theilnehmer an den Unterrichtscursen auf bestimmte Berufsklassen oder -gruppen stattfinden.

Sehr wichtig erscheint es dagegen, möglichst viele Mitglieder der Sportvereine in der ersten Hülfe auszubilden. Wenn auch gerade in diesen der betreffende Sport in zweckmässiger Weise betrieben wird, so ereignen sich doch hierbei naturgemäss trotz aller Vorsicht der Einzelnen viele Unfälle, und da ärztliche Hülfe nicht immer in der Nähe vorhanden sein kann, so erscheint es angebracht, Mitglieder von Sportvereinen und auch Personen, welche, ohne einem Fachvereine anzugehören, sich mit einem bestimmten Sport beschäftigen, in der Leistung der ersten Hülfe zu unterrichten. Bedenkt man, wie häufig Ruderer, Segler, Radfahrer bei grösseren Touren zusammen kommen, wo ärztliche Hülfe bisweilen sehr schwer erreichbar ist, so scheint diese Forderung gewiss berechtigt. Aber

h andere Sportarten, bei welchen ja immer erhöhte Anforderungen die Leistungsfähigkeit des Körpers gestellt werden, bedingen gewisse Lehren, deren Folgen sich häufig genug bei den Unfällen zeigen.

Die bei Hochgebirgsreisen sich alljährlich ereignenden schweren Unfälle haben die Aufmerksamkeit vieler Fachleute auch auf dieses Gebiet gelenkt, und es sind daher in den letzten Jahren die Führer der Leistung der ersten Hülfe besonders gut unterrichtet worden, was natürlich nur zum Besten der Betheiligten beitragen kann.

Ferner ist Ertheilung von Samariterunterricht auf den Universitäten und in den gewerblichen Fachschulen zu empfehlen. Besonders die Lehrenden der Hochschulen — abgesehen von den oben erwähnten Medicinern —, welche später zum Theil auf dem Lande, wo die Beschaffung ärztlicher Hülfe schwieriger als in den Städten ist, ihren pflichtigen Beruf zu erfüllen haben, geniessen mit grossem Vortheil diese Unterweisung. Die Zöglinge von Fachschulen werden in ihren Studien mit Nutzen ihre erworbenen Kenntnisse auf dem Gebiete der ersten Hülfe verwerthen können.

Die Einführung des Samariterunterrichtes auf den technischen Hochschulen hatte Graf Douglas bereits in der Sitzung des Preussischen Abgeordnetenhauses am 2. Mai 1888 empfohlen. Sein Antrag:

„Das Haus der Abgeordneten wolle beschliessen:

Die Königliche Staatsregierung zu ersuchen, auf den technischen Hochschulen, technischen Unterrichtsanstalten aller Art, wie auf den Lehrerseminarien Vorlesungen über die erste Hülfsleistung bei plötzlichen Unglücksfällen anzuordnen“

wurde einstimmig angenommen und ins Werk gesetzt.

Der Samariterunterricht an den Universitäten wurde in etwas anderer Gestalt durch die Mitwirkung der Genossenschaft freiwilliger Krankenträger im Kriege gefördert, wie noch darzulegen sein wird.

Auch bezüglich des Alters der Theilnehmer an solchem Unterrichte gehen die Meinungen noch auseinander. Man hat vorgeschlagen, um möglichst viele Menschen der Kenntniss der ersten Hülfe theilhaftig werden zu lassen, den Unterricht auch in den Volks- und anderen Schulen zu erteilen. Hiergegen haben sich aber mit Recht auch auf dem letzten Samaritertage in Breslau 1900 viele Stimmen erhoben. Denn es muss eine bestimmte Altersgrenze für solche Zwecke innegehalten werden, unter welche man nicht herabgehen darf, da jüngere Kinder ein richtiges Verständniss für den Unterricht nicht haben. Anders verhält es sich mit Schülern der höheren Classen besonders von höheren Lehranstalten. Da diese sich gewöhnlich in einem vorgeschrittenen Alter von etwa 17 Jahren befinden, kann man von ihnen ein Verständniss von diesen Dingen eher erwarten. Schon Zarda hat das 16. Jahr als Altersgrenze für die Theilnehmer an seinen Cursen festgesetzt. In den höheren Lehranstalten kann sich dieser Unterricht ohne Weiteres an den Unterricht der Naturkunde anschliessen, bei welcher Gelegenheit die Lehrer **jetzt** den Bau des menschlichen Körpers erläutern. Würde der Unterricht in der ersten Hülfe

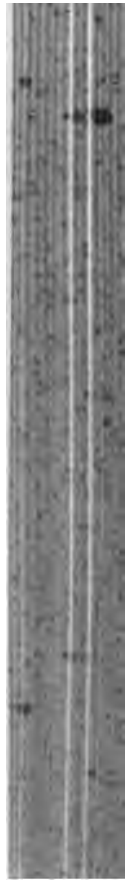
hier eingeführt werden, so müsste er von Aerzten ertheilt werden, und dann gleichzeitig der Bau und die Functionen des Körpers zur Erörterung gelangen. Zweckmässig liesse sich hiermit auch ein allgemeiner Unterricht in der Hygiene verbinden, so dass schon frühzeitig die Schüler auf viele vermeidbare Schädlichkeiten aufmerksam gemacht würden. Es ist empfehlenswerth, diese Unterweisung mit den Functionen der Schulärzte zu vereinigen.

Der Unterricht in der Gesundheitslehre kann unschwer stets mit der Unterweisung in der ersten Hülfe verbunden werden, wobei natürlich die Fassungsgabe der jedesmal in einem Course vorhandenen Theilnehmer zu berücksichtigen sein wird. Auch aus diesem Grunde ist es angezeigt, in einem Course möglichst Personen von einer gemeinsamen Bildungsstufe zu vereinigen, welche also auch möglichst einer Berufsart angehören, damit man jedesmal den Unterricht dem Verständniss der betreffenden Zuhörer anpassen kann. Auf diese Weise ist es möglich, den Samariterunterricht zu einem wichtigen socialen Hilfsmittel zu gestalten, welches berufen ist, manche Schädlichkeiten zu verhüten und auch gesundheitliche Lehren in weite Kreise des Volkes zu tragen. Die veredelnde Wirkung, welche die Hinlenkung des menschlichen Gemüthes auf den Beistand verunglückter Mitmenschen überhaupt hat, ist besonders hervorzuheben.

Ich habe vor mehreren Jahren den Samariterunterricht als ein vortreffliches Mittel gegen die Curpfuscherei bezeichnet. Richtig gehandelt, stellt er, wie sich aus den bisherigen Darlegungen ergibt, ein solches auch unzweifelhaft dar, wie von vielen Seiten anerkannt wird. Der stete Hinweis auf die Unzulänglichkeit der Kenntnisse der Laien und auf die Grenzen der Thätigkeit, welche der Nothhelfer innezuhalten hat, ferner aber besonders die Art der Unterweisung selbst, welche stets nur in grossen Zügen allgemein wissenschaftlich feststehende Thatsachen in leicht verständlicher Form darzulegen hat und sich fernhält vom Vortrage von allen noch nicht allgemein anerkannten Dingen, kann Laien nicht zu Curpfuschern machen. Auch die Art und Weise, wie der Arzt aus dem reichen Born seines Wissens und seiner Erfahrungen den Laien vorträgt, zeigt diesem den gewaltigen Unterschied zwischen seinen Vorstellungen und denen des Arztes. Die Betonung der hohen Verantwortung, welche der Arzt bei seinem Thun jederzeit hat, und noch viele andere Momente trägt ferner dazu bei, viel mehr Achtung vor ärztlichem Wissen und Können den Zuhörern beizubringen, als es durch zahlreiche Schriften möglich ist. Behördliche Curpfuschereiverbote allein, so erwünscht sie auch sind, haben bisher noch niemals den beabsichtigten Erfolg gehabt, wenn nicht ergänzend die Aufklärung des Volkes durch Aerzte hinzukam. Die Anerkennung ärztlicher Tüchtigkeit und Verständniss für die Bedeutung der medicinischen Wissenschaft seitens des Publikums sind die besten Waffen gegen die Curpfuscherei, und gerade diese Anerkennung ernten die Aerzte, wenn sie Course der genannten Art abhalten und überall ins Leben rufen. So wirkt der genannte Unterricht auch

theilen von erheblichen Kosten bewerkstelligten, vor, dass dies Einzelnen geschehe, um sich im Publikum bekannt zu machen und persönliche Vortheile zu geniessen. Man kann wohl sagen, dass es kaum noch ein Arzt dieser Ansicht zuneigt, und dass es nur als Streberthum angesehen wird, wenn Aerzte sich in erster Linie diesen Unterweisungen beschäftigen und sie nicht mehr den Kranken lassen. Man ist sogar schon so weit jetzt gelangt anzuerkennen, dass es Sache der Aerzte ist, diese Curse zu ertheilen. Es darf dabei nicht über ärztliche Behandlung von Erkrankungen zu sprechen werden, sondern nur über diejenigen Dinge, welche der Arzt auszuüben hat, abgesehen von der hauptsächlichsten Aufgabe über diejenigen Dinge, welche er zu unterlassen hat, welche die beste Darlegung für den Unterricht, wie oben bemerkt, darstellt. Ich habe aber noch weiter und behaupte, dass, wie ich in meiner 1900 erschienenen Schrift „Die sociale Bedeutung der Medicin“ auseinandersetze, heute jeder Arzt sogar die Pflicht hat, nach Maassgabe seiner Verhältnisse sich an der Aufklärung des Volkes über die Erfolge auf dem Gebiete der Naturwissenschaften — in der geeigneten Weise — zu betheiligen. Diese Pflicht erwächst ihm um so mehr, je sonst Curpfuscher dieses Amt für sich in Anspruch nehmen und sich für sich und die von ihnen vertretenen Anschauungen das vornehme Hinwegsehen über diese Aufgaben des ärztlichen Berufs im Interesse der Allgemeinheit — und der Aerzte selbst — zu einem Fehler. Die Allgemeinheit hat nur Vortheil davon, wenn die Ärzte als Lehrer auf dem Gebiete der Heilkunde, die Aerzte selbst, sich in denjenigen Dingen und Verhältnissen unterweisen, welche für sie wichtig sind.

Die Aufgabe der Aerzte ist es, die Krankheiten zu heilen und die Gesundheit zu erhalten.





würfe gegen den Samariterunterricht erhoben wurden, und die gl. Gründe gegen diese Bedenken geltend gemacht wurden.

Das beste Mittel zur Einrichtung von Samaritercursen besteht in Vereinigungen — wo sie nicht bereits bestehen — zu bilden, welchen aus die sich bereit erklärenden Aerzte zur Ertheilung Unterrichts aufgefodert werden. Die Begründung des „Deutscher eins für Volkshygiene“ stellt nach dieser Richtung einen Forts dar, da dieser Verein beabsichtigt, Curse über öffentliche und p Gesundheitspflege in allen Theilen des Reiches einzurichten. Di letzten Winter von dem Verein veranstalteten Curse über häu Krankenpflege betrafen auch die Unterweisung in der ersten Hül innerlichen und äusserlichen Erkrankungen, welche ja untrennbar jeder Unterweisung über Krankenpflege vereinigt werden muss.

Obwohl es keinem Zweifel unterliegen kann, dass einzig und Aerzte einen solchen Unterricht zu ertheilen berufen sind, ist m einzelnen Vereinigungen von diesem allein richtigen Grundsatz wichen, indem Laien den Unterricht übernahmen. Es soll nich leugnet werden, dass auch Nichtärzte grosse Routine in der Lei erster Hülfe erlangen können, so dass sie auch, falls sie sonst über gewandtheit verfügen, ihre Kenntnisse Anderen mitzutheilen sich be fühlen. Niemals jedoch können Nichtärzte in das Wesen des Ge so eindringen, dass sie auch im Stande sein könnten, andere Laien reichend zu unterweisen. Es gehört eben Kenntniss der medicinischen Wissenschaft dazu, um genau zu ermessen, was bei einem so Unterricht den Hörern mitzutheilen, und was nicht zu geben ist. einem Leitfaden ohne Weiteres zu unterrichten, ist für einen L welcher ja die Gründe der einzelne Handgriffe nicht kennt, ausgeschlossen, auch wenn der Betreffende selbst ein gut ausgebildeter Samariter ist und auch in manchen Fällen Hand angelegt hat. Es ist d auch als Forderung in die Satzungen fast aller Vereinigungen, bei wel Samariterunterricht ertheilt wird, aufgenommen, dass nur Aerzte Lehrer für erste Hülfe vorhanden sein dürfen. Selbstverständlich dies in denjenigen Körperschaften, welche ärztlicher Leitung unterste und in welchen der Samariterunterricht einen Zweig der Thätig darstellt.

Wie oben bemerkt, ist der Grundsatz, dass Aerzte die beruf Lehrer in der ersten Hülfe für Laien sind, auch in der St. John's Alliance Association, dem Muster für das Deutsche Samariterwesen, drücklich betont. Es hat daher der Deutsche Samariterbund in se Satzungen an erster Stelle diesem Grundsatz Ausdruck gegeben. Der danke der Errichtung eines Samariterbundes, d. h. einer Vereinigung im Frieden sich mit dem Rettungswesens und der ersten Hülfe befas den Vereinigungen war von Billroth ausgegangen. Mit ihm hatten Bürgermeister Prix und Anton Loew-Wien vereinigt und einen voreitenden Ausschuss gewählt, in welchem ausgezeichnete Männer, Kundrat, vertreten waren, um einen internationalen Samariterbund

en zu rufen, welcher in gleicher Weise, wie das internationale Rothe Kreuz Kriege, für die Friedensthätigkeit auf dem Gebiete der ersten Hülfe sich tätigen und alle mit dieser Thätigkeit sich beschäftigenden Körperschaften einigen sollte. Leider hatte der Tod einzelne der Vertreter abberufen, so konnte nur Loew auf dem achten internationalen Congress für Hygiene und Demographie in Budapest 1894, welchem der beabsichtigte internationale Samaritercongress als 19. Abtheilung angeschlossen war, für die Pläne und Absichten, welche verwirklicht werden sollten, bestreben.

Carl Assmus-Leipzig berief damals am Schluss der Sitzungen die Abtheilung die anwesenden Vertreter Deutschlands zusammen und theilte ihnen den Gedanken der Begründung eines Deutschen Samariterbundes vor. Im nächsten Jahre fand zu Cassel eine Deutsche Samariterversammlung statt, in welcher die Grundzüge für die geplante Vereinigung festgestellt wurden, deren Begründung dann in Berlin 1896 erfolgte.

Nach den Satzungen lautet:

#### Allgemeine Bestimmung.

§ 1. Um die zerstreuten Bestrebungen, welche auf dem Friedensgebiete des Samariter- und Rettungswesens im Deutschen Reiche hervorgetreten sind, zusammen zu fassen, sind am 23. August 1895 eine Anzahl Vereine und Körperschaften, welche sich derartigen Aufgaben unterziehen, zu einer Vereinigung zusammengetreten, welche den Namen „Deutscher Samariter-Bund“ führt, ihren Sitz zu Leipzig hat und die Rechte einer juristischen Person genießt.

#### Zweck.

§ 2. Der „Deutsche Samariter-Bund“ ist eine gemeinnützige vaterländische Vereinigung und bezweckt:

- a) den Zusammenschluss aller Körperschaften und Vereine in Deutschland, welche das Samariter- und Rettungswesen ganz oder theilweise zum Gegenstand ihrer Friedensthätigkeit haben, unter Wahrung ihrer vollen Selbstständigkeit,
- b) gegenseitige Anregung und Unterstützung der Bundesmitglieder,
- c) Ausbreitung und einheitliche Gestaltung des Samariter- und Rettungswesens,
- d) Herbeiführung einer einheitlichen Statistik aller Vorkehrungen und Leistungen auf diesem Gebiete,
- e) Verbindung mit dem „Central-Comité der deutschen Vereine zur Pflege im Felde verwundeter und erkrankter Krieger“,
- f) Unterstellung der Einrichtungen und Mittel des Bundes unter das genannte Comité im Kriegsfall.

#### Thätigkeit.

§ 3. Die Thätigkeit des Bundes erstreckt sich hauptsächlich auf den Unterricht in der „ersten Hülfe“ und in den Grundzügen der Krankenpflege (Ausbildung von Nothhelfern), auf die Bildung freiwilliger Abtheilungen von Hilfsmannschaften (Samariter), auf die Einrichtung von Sanitäts- oder Rettungswachen bzw. -Stationen und eines zweckentsprechenden Transportes von Verletzten und Kranken.

§ 4. Für die Ausübung der Thätigkeit des Bundes und seiner Mitglieder sind folgende Grundsätze massgebend:

- a) Der Unterricht in der „ersten Hülfe“ soll nur von approbirten Aerzten erteilt werden.

b) Die freiwilligen Samariter und Nothhelfer sind darauf zu verpflichten, unglückte und plötzlich Erkrankte so schnell als möglich ärztlichem Beistand zu führen, unterdessen aber die nöthige erste Hülfe bereitwillig und unentgeltlich leisten.

c) Die Sanitäts- und Rettungswachen bezw. -Stationen, sowie Anstalten Verletzten- und Krankentransport gewähren ihre Hülfe, welche nur in einer einmalig Versorgung bestehen und nicht von der Bezahlung abhängig gemacht werden da Jedermann.

d) Die Hülfe der Sanitäts- und Rettungsanstalten und der Transport ist unentgeltlich nur für Unbemittelte und im öffentlichen Rettungsdienste (bei Epidemie grösseren Unglücksfällen, Ansammlungen grosser Menschenmassen, Volksfesten u dergleichen).

e) Für eine sorgfältige Statistik über geleistete „erste Hülfe“ sorgen die einzelnen Vereine und Körperschaften. Das Zählkartensystem ist zu empfehlen.

#### Mitgliedschaft.

§ 5. Der Deutsche Samariter-Bund besteht aus dem „Deutschen Samariter Verein zu Kiel“ als Ehrenverein mit Wahl- und Stimmrecht und mit dem Recht, erster Reihe Vorschläge zu machen, und aus den innerhalb jedes Staates und Preussen innerhalb jeder Provinz gebildeten Landes-Samariter-Verbänden mit ihren Mitgliedern.

Die Landes-Samariter-Verbände verpflichten sich, die vom Bunde vorgeschriebenen Satzungen und Geschäftsordnungen anzunehmen.

Körperschaften, deren Thätigkeit über die Grenzen des engeren Staats- oder Provinzverbandes hinausgeht, können unmittelbare Mitglieder des Bundes werden.

Ebenso können auch Körperschaften, Vereine und Einzelpersonen eines Staates oder einer Provinz sich unmittelbar dem Bunde anschliessen, wenn und so lange diesen ein Landesverband noch nicht gebildet ist.

§ 6. Als Mitglieder des Deutschen Samariter-Bundes dürfen nicht zugelassen werden:

a) Personen und Vereine, welche auf Kurfuscherei oder andere unlautere Zwecke gerichtete Bestrebungen nicht grundsätzlich ausschliessen oder solche offen oder versteckt befördern,

b) Personen oder Gesellschaften, welche sich mit der Ausübung der sog. „ersten Hülfe“ oder der Rettungsthätigkeit gewerbsmässig beschäftigen, (u. A. Krankentransportunternehmer, Heilgehülfen, Barbieri, Bader und andere Personen, welche sich mit der Bezeichnung „geprüfte Samariter“ oder ähnlichen Titeln zur Leistung „erster Hülfe“ gegen Entgelt anbieten oder Unterricht in der „ersten Hülfe“ erteilen).

§ 11. Die Ehrenmitgliedschaft des Bundes erlangen in Betracht dessen, dass eine gedeihliche Entwicklung des Samariter- und Rettungswesens nur durch den sachverständigen Beistand der deutschen Aerzteschaft ermöglicht wird, ärztliche Vereine durch ihre Beitrittserklärung.

Personen, welche sich in hervorragender Weise um den Samariterbund oder das Samariter- und Rettungswesen überhaupt verdient gemacht haben, können vom Hauptausschuss zu Ehrenpräsidenten oder Ehrenmitgliedern ernannt werden.

Mit der Ehrenmitgliedschaft ist das Wahl- und Stimmrecht auf den Samaritertagen verbunden.

Aus den Satzungen ergibt sich, dass der Bund von dem allein richtigen Grundsatz ausgeht, die Leitung sowie die Verwaltung des Rettungs- und Samariterwesens in die Hände der Aerzte zu legen. Au

erververein heftige Angriffe erfuhr. Auch in anderen Städten, z. B. Leipzig, wo der Samariterverein durch die Thatkraft seines Begründers die weiteren Ziele, nämlich die Errichtung von Sanitätswachen ges- und Nachtdienst betrieb, also bevor die socialen Gesetze im erlassen waren, ist von Anbeginn an das Hauptgewicht auf die e Leitung der technischen Angelegenheiten des Rettungs- und erwesens gelegt worden. Und trotzdem hatte auch dieser Verein eit mit dem Widerstande der Aerzte zu kämpfen, bis vor mehreren auch in Leipzig die Erkenntniss sich Bahn brach, dass das unter er Leitung stehende Rettungswesen nur zum Segen aller Ben wirken kann, wenn dabei die berechtigten Interessen aller n berücksichtigt werden, wie das in Leipzig und auch seit dieser anderen Städten der Fall ist. Wir werden aus der Darlegung sonderen Verhältnisse ersehen, in welchem Maasse dies in den n Städten geschieht.

ist von Interesse, die in Berlin von Seiten der Aerzte bezw. Standesvertretung geführten Erörterungen durchzusehen, um den vung der Ansichten, welcher sich seit jener Zeit vollzogen, zu en.

er Centralausschuss der ärztlichen Bezirksvereine in Berlin vere e im Jahre 1882 eingehend über die Einrichtung der von Esmarch hlagenen Samariterschulen. Es mögen die bezüglichlichen Verhand- im Wortlaut hier Platz finden:

erhandlungen des Central-Ausschusses der ärztlichen Bezirks- e zu Berlin über Esmarch's Samariterschulen.

achdem in einzelnen Bezirksvereinen über Esmarch's Samariterschulen eingehend discutirt worden war, hatte der Central-Ausschuss am 2. Juli cr. 1882 sich ebenfalls mit dieser Angelegenheit zu beschäftigen. Obes geschliche

fälle überhaupt erforderlich, oder im humanen Interesse geboten ist, lassen wir da gestellt, können aber, falls das factische Bedürfniss für derartige Maassnahmen rathen und gewiesen würde, niemals verstehen, wie diesem durch das Heranziehen Unberufenen entsprochen werden sollte.

Jeder, auch der geringste Eingriff in Leben und Gesundheit eines Menschen schliesst stets eine so ernste Verantwortung in sich, dass eben nur der Arzt die Verantwortung tragen kann, und es erscheint absolut unstatthaft, dem Nichtarzt in dieser Beziehung Obliegenheiten aufzuerlegen, deren Erfüllung selbst in den einfachsten hierhergehörenden Fällen doch immer mehr Umsicht und positives Wissen erfordert, als für den durch die Ausbildung in einer Samariterschule zu erlangen ist. — Halbwisser ist stets gefährlich, nirgends aber so gefährlich, wie auf dem Gebiete der Medicin, wo es so gern mit Ueberschätzung des eigenen Könnens einher und wird in einem liegenden Falle dieses um so gewisser thun, als hier ein Schein officieller Berechtigung dem Betreffenden verliehen wird. Er hat seine Befähigung durch ein Examen bewiesen und ein Diplom erhalten, welches der Welt und ihm selber gewissermaßen Bürgschaft für die erworbene Tüchtigkeit zu leisten scheint. Selbst diejenigen, welche in aufrichtiger Hingabe für den ideellen Zweck der Sache sich durch den Unterricht in der Samariterschule einige höchst dürftige Kenntnisse, sowie eine stets nur sehr unbedeutende manuelle Geschicklichkeit im Anlegen einzelner Verwundungen angeeignet haben, werden, um von den erlangten Fertigkeiten Gebrauch zu machen, sich keineswegs streng an diejenigen Vorkommnisse gebunden erachten, welche bei Begründung der Samariterschulen ins Auge gefasst wurden, sondern geflissentlich Gelegenheit aufsuchen, um ihre Künste zu erproben. Sie werden, ohne die Unrichtigkeit ihres Handelns zu empfinden, thatsächlich nur der Ausübung der Pflanzung sich hingeben. Neben ihnen werden alsbald aber auch unlautere Elemente sich an das Samariterthum anhängen, um ungestraft unter dem Deckmantel der christlichen Liebe ihre selbstsüchtigen Zwecke zu verfolgen. Es wird nicht lange währen, bis ist sogar bereits ein derartiger Fall zu unserer Kenntniss gelangt, und man findet Schilder öffentlich angebracht, die mit dem rothen Kreuz versehen sind, Aufschriften führen, wie „N. N., geprüfter Samariter“ etc. „Erste Hülfe bei verschiedenen Unglücksfällen“ etc.

Auf diese Weise wird ganz unausbleiblich aus dem Samariterthum sich schliesslich nur eine neue Vermehrung des leider schon so üppig gediehenen Pflanzers ergeben, sowohl des gutgemeinten, deshalb aber nicht weniger bedenklichen, welches aus beklagenswerthem Selbstbetrug, als auch desjenigen, welches lediglich gemeiner Gewinnsucht und betrügerischen Absichten hervorgeht. Anstatt Förderung des öffentlichen Wohles wird das Samariterthum eine schwere Schädigung desselben bedingen. Euer Hochwohlgeboren dürfte Nichts ferner liegen, als derartigen Uebeln Vorschub leisten zu wollen, und hoffen wir, da wir annehmen können, dass es bei Fortbestehen der Samariterschulen an sich, dennoch jeder Grund zur Besorgnis schwindet, sobald nur von der Ablegung eines Examens, sowie von Ertheilung einer Bescheinigung über den Ausfall dieser Prüfung Abstand genommen würde, dass die Hochwohlgeboren sich veranlasst finden werden, die zur Zeit bei den Samariterschulen statutenmässig bestehenden Einrichtungen in der entsprechenden Weise abzuändern.

Berlin, 6. Juni 1882.

Der Central-Ausschuss der Berliner ärztlichen Bezirksvereine  
Der stellvertr. Vorsitzende

gez. Dr. Veit, Geh. San.-Rath, Matthäik.-Str. 5.

An den Geheimen Medicinal-Rath Herrn Dr. Esmarch.

Hochwohlgeboren.

Kiel.

schliesslich nur eine neue Vermehrung des Pfuscherwesens entstehen und dass Samariterwesen anstatt eine Förderung des öffentlichen Wohles nur eine re Schädigung desselben bedingen werde.

iese Befürchtungen scheinen mir aus einer ungenügenden Kenntniss der Zwecke strebungen des Samariter-Vereins hervorgegangen zu sein und ich vermag en in keiner Weise zu theilen.

ch erlaube mir daher, Ihnen beifolgende Schriftstücke zu übersenden und bitte, en einer genaueren Durchsicht zu unterwerfen.

ie werden daraus ersehen, dass es sich hier nicht handelt um eine Behandlung anken oder Verletzten an Stelle eines Arztes, sondern einzig und allein um ighend nothwendige erste Hülfe bei plötzlichen, lebensgefährlichen Unglücks- wenn kein Arzt da ist, und bis der Arzt kommt.

ch habe in den hierbei übersandten Vorträgen, welche ich als „Leitfaden für terschulen“ drucken liess, bei der Schilderung jeder Art von Unglücksfällen er nachdrücklich betont, dass man zuerst und vor Allem ärztliche Hülfe herbei- nüsse, und nur gezeigt, welche Maassregeln bis zur Ankunft des Arztes en seien, damit nicht unterdessen der Verunglückte weiteren Schaden erleide in Leben verliere.

ch habe überall, wo es mir nöthig schien, vorangestellt, welche Hilfs- ngen als schädlich zu unterlassen seien, weil die tägliche Erfahrung lass von Laien sehr oft die allerunzweckmässigsten Mittel angewendet werden, schädliche Wirkungen nachher durch ärztliche Hülfe gar nicht wieder gut ht werden können.

Es ist, meiner Ansicht nach, gerade die Unkenntniss der einfachsten anatomi- und physiologischen Verhältnisse, welche in solchen Fällen den grössten en anrichtet, und habe ich mich deshalb bemüht, in meiner ersten Vorlesung 1 Zuhörern eine solche Kenntniss beizubringen.

Auch ist es wohl eine allgemein bekannte Thatsache, dass der Laie, je grösser Unwissenheit in solchen Dingen ist, desto mehr dazu neigt, sich und die Sei- Pfuschern und Quacksalbern anzuvertrauen und so ist gewiss die Annahme

2. soll dadurch der Examinirte verpflichtet werden, seine Hülfe nur bei Ankunft des Arztes, und zwar in allen Fällen unentgeltlich zu leisten. auf wird der geprüfte Samariter durch Handschlag verpflichtet und dürfte diese Verpflichtung, welche zur allgemeinen Kenntniss gebracht wird, es verbieth dass der Name „Samariter“ eigennützigen Zwecken diene. Vielmehr ist anzunehmen dass jeder Samariter dafür sorgen werde, dass in allen Fällen die geeignete ärztliche Hülfe möglichst rasch herbei geholt werde. Sollte trotzdem einmal der Fall kommen, dass ein Samariter-Zeugniss in der befürchteten Weise verwerthet werden so würde solchem Missbrauch ganz leicht durch Entziehung des Certificate seitens des Vereins-Vorstandes oder eventuell durch Veröffentlichung der Fälschung gesteuert werden können.

Ich kann daher durchaus nicht meine Zustimmung dazu geben, dass Samariterprüfung, welche hier bereits von 50 Schülern und Schülerinnen in bester Weise bestanden ist, in Zukunft wegfallen, weil gerade diese Prüfung die Garantie gegen den Missbrauch des Erlernten giebt, und bitte demnach den ärztlichen Central-Ausschuss, es ruhig abwarten zu wollen, ob wirklich eine solche Schädigung des öffentlichen Wohles oder des ärztlichen Standes daraus erwachsen werde. Die Erfahrungen, welche man in England gemacht, beweisen das Gegentheil wie Sie aus den beifolgenden Schriftstücken ersehen werden. Esmarch

Herrn Esmarch's Antwort veranlasste den Central-Ausschuss in einer ordentlichen Sitzung vom 21. Juli c. nochmals über die Samariterschulen zu verhandeln. Die historische Seite dieser Angelegenheit, die Uebernahme der Idee aus England, die Bedürfnissfrage für die erste Hülfe Verunglückter durch Laien in und in den Provinzen u. s. w. wurden nochmals einer eingehenden Besprechung unterzogen. Dieselbe endete in dem Beschluss, folgende Resolution im ärztlichen Vereinsblatt zu veröffentlichen.

„Der Central-Ausschuss der Berliner ärztlichen Bezirksvereine hält es für eine unabweisbare Pflicht, hierdurch öffentlich zu erklären, dass er den Bestrebungen welche in den Samariterschulen zum Ausdruck gelangen, entgegen treten muss. sich ein allgemeines Bedürfniss zur Bereithaltung besonderer Vorkehrungen für ähnliche Unglücksfälle in solcher Weise, wie dieses behauptet wird, thatsächlich festgestellt gemacht hätte, muss durchaus in Abrede gestellt werden. Sollten jedoch Medicinal-Einrichtungen in dieser Beziehung Mängel aufweisen, so dürfte gegenüber niemals auf dem eingeschlagenen Wege zweckmässige Abhülfe zu sein. Die Idee, welche dem Samariterthum zu Grunde liegt, erscheint an sich als die Ausführung, die sie erfahren soll, ist jedoch eine verfehlte.

Gestützt auf unsere gemeinsame ärztliche Erfahrung können wir nur dringlich wünschen, dass nicht eine auf falsche Bahnen geleitete Humanität, anstatt erhofften Förderung des allgemeinen Wohles, eine höchst bedenkliche Schädigung desselben herbeiführe.“

Man ersieht aus diesen Ausführungen den scharfen Widerspruch der Aerzte in Berlin gegen die Einführung der Samariterbewegung in Deutschland. Die in den letzten Jahren in vielen Städten des Reichs hervorgetretenen Bestrebungen zur Regelung des Rettungswesens führten dazu, dass im Jahre 1899 auf dem Deutschen Aerztetage in Dresden die Berathung der Frage auf die Tagesordnung gesetzt wurde. Die Berathung wurde auf den nächstjährigen Aerztetag in Freiburg verschoben und hier wurden die vom Berichterstatter vorgeschlagenen Schritte

sie in folgender Form angenommen, welche nur unwesentliche Abänderungen enthielt:

„Die Ausübung der ersten Hülfe bei Unglücksfällen und plötzlichen Erkrankungen steht den Aerzten zu. Einheitliche Einrichtung des Rettungsdienstes gewährleistet am besten sichere und zweckmässige Hülfe. Nur in denjenigen Fällen, in denen ärztliche Hülfe nicht sofort zu beschaffen ist, namentlich auf dem Lande und in kleinen Städten, ist die Hinzuziehung des Laienelementes zulässig. Doch sollen die für die Leistung der ersten Hülfe eigens ausgebildeten Samariter darauf beschränken, dem Verletzten Alles fernzuhalten, was ihm schaden könnte und ihn möglichst schnell ärztlicher Verorgung zu übergeben.

Die in grossen Städten zu treffenden Einrichtungen zur Beschaffung erster ärztlicher Hülfe bei Unfällen oder plötzlichen Erkrankungen (Rettungswachen, Unfallstationen, Sanitätswachen) sollen von den städtischen Verwaltungen unterhalten oder speciell sichergestellt werden. Sie entsprechen nur dann gleichmässig den Interessen des Publikums wie der Aerzte, wenn sie:

1. bezüglich ihrer Einrichtung und ihres Betriebes einer ärztlichen Oberleitung unterstehen;
2. wenn auf der Wache selbst oder am Orte des Unfalls resp. der Erkrankung die Hülfe von Aerzten geleistet wird;
3. wenn sie sich darauf beschränken, nur die erste und nur einmalige Hülfe zu leisten;
4. wenn die Theilnahme am Rettungsdienst sämmtlichen Aerzten gestattet wird, sie sich bestimmten, vertragsmässig festzusetzenden Bedingungen unterwerfen, welche den Landesvertretungen zur Genehmigung vorgelegt werden können;
5. wenn sie über geeignete Transportmittel verfügen, um Verletzte und Schwerkranke möglichst schnell und in zweckmässiger Weise in ihre Wohnung oder in ein Krankenhaus zu schaffen;
6. wenn ausser der Gewährung erster Hülfe keinerlei Nebenzwecke verfolgt und wenn der Oeffentlichkeit keinerlei Mittheilungen gemacht werden;
7. wenn Unbemittelten die Hülfe unentgeltlich, sonstigen Patienten nach den üblichen Taxsätze geleistet wird.“

Die Annahme dieser Thesen seitens des Deutschen Aertztetages ist deswegen bemerkenswerth, weil dieselben einerseits die Ausübung des Samariterdienstes nach den vom Deutschen Samariterbunde festgesetzten Grundsätzen, andererseits die Einrichtung des Rettungswesens nach den von der Berliner Rettungsgesellschaft befolgten Regeln empfehlen. Der namentliche Unterschied zwischen diesen beiden Arten der Ausübung der ersten Hülfe ist der, dass die von Laien ausgeübte Nothhülfe seit Esmarch mit dem Namen des „Samariterdienstes“ belegt wird, während für gewöhnlich als „Rettungswesen“ der organisirte, von Aerzten bewirkte Hülfsdienst bezeichnet wird.

Während die Einführung des Samariterthums in Deutschland, wie wir gesehen, den Anstoss zur Errichtung und Organisation von neuen Vorkehrungen auf dem Gebiete der ersten Hülfe gab, war beinahe gleichzeitig (einige Monate früher) noch ein anderes Vorkommniss für die Förderung des gesammten Rettungswesens entscheidend, der Brand des Wiener Ringtheaters am 8. December 1881, welcher die Veranlassung zu der einen Tag später erfolgenden Begründung der Wiener Freiwilligen



Rettungsgesellschaft wurde. Wie grosse elementare oder andere Ereignisse Umwälzungen oder Neueinrichtungen auf verschiedenen Gebieten zur Folge haben, besonders wenn sich dabei die Unzulänglichkeit bestehender Einrichtungen zeigt, so schreibt sich seit jener Zeit eine neue Phase für das Rettungswesen her, indem sich bei diesem gewaltigen Unglück deutlich erwies, dass die in Wien vorhandenen Vorkehrungen nicht annähernd ausreichten, um für eine grosse Zahl von Verunglückten eine zweckmässige Versorgung zu bieten. Die Einrichtungen der Gesellschaft wirkten in der Folge nicht nur in Oesterreich-Ungarn, wo in zahlreichen Städten in der Folge ähnliche Vorkehrungen geschaffen wurden, sondern auch im Auslande vorbildlich, da durch jene Katastrophe nahe gelegt wurde, auch an anderen Orten Vorsorgen zu treffen, um für ähnliche Fälle wenigstens einigermaassen gerüstet zu sein.

Bei den oben dargelegten Einrichtungen der 1803 in Wien begründeten Rettungsanstalten zeigt sich zum ersten Mal eine Verbindung von behördlichen Maassnahmen und materieller Unterstützung von Privatwohlthätern. Denn die ersten organisirten Vorkehrungen, welche von Anfangs betrachtet, waren solche behördlicher Natur, mit Ausnahme der Royal Humane Society, welche als eine durch Privatwohlthätigkeit allein erhaltene Gesellschaft anzusehen ist.

Aus der Begründungsgeschichte der Wiener Freiwilligen Rettungsgesellschaft, welche nicht allgemein bekannt, aber gerade in jetziger Zeit besonders interessant sein dürfte, wo eine Regelung des Rettungswesens in den Städten Deutschlands bevorsteht, ist zu ersehen, da der Schwerpunkt der gesammten Thätigkeit der Gesellschaft auf die Mitwirkung der Aerzte gelegt wurde. Dies ergibt sich unter Anderem aus Mittheilungen in den Monatsblättern der Gesellschaft, in deren erster längst vergriffenen Jahrgang folgender Aufsatz sich befindet, welcher am deutlichsten zeigt, dass die Gesellschaft vor allen Dingen im Einvernehmen mit der Wiener Aerzteschaft vorzugehen trachtete:

Die Versammlung und Besprechung mit den P. T. praktischen Herren Aerzten von Wien.

Das wichtigste Element, wenn man das Helfen oder Retten, das Lindern von Schmerzen, das Verhüten von grösseren Uebeln, das Beistehen in Qualen aller Art ja selbst das Erleichtern des Dahinsinkenden und Sterbenden Ernst nimmt ist — der Arzt.

Eine Rettungsgesellschaft oder ein Hilfsverein ohne Aerzte und Sanitäts-Mannschaften bleibt auch, wenn dieselbe übermächtig financirt und mit dem besten und reichsten Sanitätsmateriale ausgerüstet wäre, eine todtegeborene Institution. Darum war es bei der Errichtung die erste Obsorge unseres Präsidiums und Actions-Comités, die P. T. Herren Aerzte der Stadt Wien bittlich anzugehen und um ihren Eintritt zu unserer Gesellschaft anzusuchen. Schon in der ersten Sitzung des Actions-Comites nach Verlauf von kaum einem Monat nach Constituirung der Gesellschaft haben wir an die Acquisition von Aerzten gedacht.

Wir wiederholen aus dem Protokolle vom 10. Jänner 1882 wörtlich, was darüber vorkömmt:

Die mir damit gestellte Aufgabe war keine ganz leichte, indem ich aus der Anzahl der in Wien ansässigen P. T. Herren Aerzte insbesondere jene aus-  
musste, welche sich mehr oder minder mit Chirurgie befassen,  
unter diesen wieder alle jene nicht in Betracht ziehen konnte, welche durch  
weitige Berufspflichten oder Aemter so sehr in ihrer Zeit beschränkt  
sind, dass sie Obliegenheiten, wie sie der Rettungsdienst mit sich bringen muss, un-  
fähig zu übernehmen im Stande sein könnten. Ich musste daher, wenn auch oft  
mit Bedauern, nicht in Antrag stellen:

- a) Alle Herren Polizeibezirksärzte und andere amtliche Sanitätspersonen, d. h. und Armenärzte;
- b) Alle Spitalärzte.

Von letzteren rechne ich dennoch auf einige der jüngeren Herren Collegen, und diese, wenn ihre Dienstzeit im Spitale beendet und sie die Kranken-  
verlassen haben werden, für unsere Ziele zu gewinnen, falls sie überhaupt in  
haupt- und Residenzstadt Wien verbleiben sollten.

- c) Alle in Wien stationirten P. T. Herren Militärärzte durfte ich aus begreif-  
lichen Gründen auch nicht in Vorschlag bringen.

Ich berechnete nun für je 5000 Einwohner Wiens einen Arzt und stellte dem-  
nach in den Listen 175 Aerzte auf, welche möglichst auf die verschiedenen Bezirke  
vertheilt sind. Ganz gleichmässig konnte die Vertheilung auch nicht gemacht werden,  
da die verschiedenen Bezirke nicht der Populationsziffer entsprechend mit Aerzten  
besetzt erscheinen. Ich that aber mein Möglichstes, um in allen Bezirken, und  
gleichmässig vertheilt, Aerzte für den freiwilligen Rettungsdienst seiner Zeit fixiren  
zu können.

Von den Listen, welche ich jetzt zusammengestellt habe, dürfte es freilich  
sein, sie wären fictiv und die Aerzte stünden da nur am Papier. Vorderhand ist  
auch richtig, doch haben sehr viele Herren Collegen schon ihre Mithülfe mir und  
Herrn Schriftführer zugesagt. Auch zweifle ich keinen Augenblick, dass fast alle  
namentlich Aerzte der Bitte des Präsidiums der Gesellschaft nicht aus dem Wege  
gehen, sondern gerne diese Gelegenheit ergreifen werden, um ihre so oft erprobte

schauungen der Begründer selbst erkennen zu können. Es heisst selbst:

### Die Aufgabe der Gesellschaft

darf und kann keine andere sein, als, in vollster Erkenntniss der vielseitig schwierigen Pflichten des grossen Zukunftswerkes, Alles, was wir für das Uebereinstimmen desselben unternahmen, ohne jeden Rückhalt den Förderern und Gönnern desselben öffentlich in Vortrag zu bringen.

Für die Alles- und Besser-Wisser, Zweifler oder Spötter erübrigt uns keine Rede und es fehlt uns auch an Laune, mit Männern zu streiten, welche selbst die nützigsten und edelsten Bestrebungen in ihrem Entstehen zu ersticken gewöhnt sind, nur weil sie ihren bösen Zungen oder Federn ein moralisches „Halt!“ zu sagen ausser Stande sind.

Die Ungeduldigen ersuchen wir zu bedenken, dass es wohl in keiner Stadt Europas so schwer fallen dürfte, eine neue menschenfreundliche Anstalt zu schaffen, als bei uns in Wien; die nöthigen Geldmittel hiefür zu sammeln und eine genügende Anzahl von Menschen zu finden, welche sich freiwillig ausdauernd thätigen Mithilfe widmen und dafür einüben wollen, ist schon an sich eine sehr schwere Aufgabe.

Wenn man aber den Grundstein zu einem Werke solcher Art zu legen Muth hat, so ist man auch in jeder Beziehung verpflichtet, um die warmste Sympathie der ganzen Bevölkerung zu bitten. Niemand erscheint uns daher ein natürlicher Gegner des Werkes, als die Gleichgiltigen, und auch Jene, welche unsere guten Absichten verkennen.

Unsere freiwillige Gesellschaft hat sich die Aufgabe gestellt, ferne jeder Gefahr sucht, den schweren täglichen Kampf zu wagen gegen die Elemente und Unglück, deren Wucht wir erst jüngst furchtbar empfunden haben.

In grossen und kleinen Gefahren und bei Unglücksfällen sollen unsere kühnen Mitglieder zu jeder Stunde des Tages und der Nacht bereit sich finden zum Aufsteigen und Retten.

Wenn eine kleine Schaar tapferer Männer für die ganze Bevölkerung der grossen Stadt den Rettung bringenden Wachposten freiwillig antreten will, so wird ihr unzweifelhaft die Achtung und Unterstützung Aller zu Theil.

Zu welcher Stunde wir einer solchen Hülfe bedürftig sein werden, ist unbekannt, gerade wie diese Minute ungeahnt war von jenen jetzt schon verstorbenen Opfern der furchterlichen Decembernacht.

Bewacht und bewaffnet wollen wir von nun an stets solchen oder ähnlichen Ereignissen entgegenreten, und dies wird unsere Aufgabe sein!

Wien, im Jänner 1882.

Aus den ersten Satzungen der Gesellschaft sind folgende Absätze besonders hervorzuheben:

### I. Abschnitt: Zweck der Gesellschaft.

§ 1. Um die schon bestehenden, ob von Seiten der k. k. Regierung, d. k. m. oder von Privaten organisirten Hülfeleistungen bei Feuergefahr und Gefahr Unglücksfällen aller Art (in den Gassen und Strassen, Fabriken, öffentlichen Gebäuden, Belustigungs-orten und auf Eisenbahnen) durch einen permanenten willigen Dienst bei Tag und bei Nacht zu unterstützen und zu ergänzen, hat Wien eine freiwillige Rettungsgesellschaft gebildet.

n der Donau, sowie ihren Canälen (bis auf weiteres nur von Nussdorf an zu Miskermühlen) mit eigenen Wächterhäusern und Rettungsbooten, sowie einem öffentlichen ärztlichen Dienste bei Tag und bei Nacht.

1) Die Errichtung eigener Rettungsstationen in den verschiedenen Stadt- und Stadtbezirken, zum Zwecke der ersten Hülfeleistungen bei Unglücksfällen aller Art in den Gassen und Strassen, in Fabriken, öffentlichen Gebäuden, Belustigungs- und bei Festzügen und auf Eisenbahnen etc.

2) In diesen Rettungsstationen soll von den hierzu eigens bestellten ärztlichen und anderen Sanitätspersonalen, Trägern u. s. w. ein permanenter Tag- und Nacht-dienst ausgeübt werden. Transportwagen und Tragbahnen für Kranke und Verwundene, sowie das nöthige Verbandmaterial, Instrumentarien, Arzneien, Labe- und Heilmittel werden dort stets bereit sein.

3) Zum Zwecke der Belehrung werden Druckschriften und Verhaltungsmaassnahmen bei Feuer- und Wassergefahr, sowie den oben unter c) angegebenen Unglücksfällen in gemeinnütziger und gemeinverständlicher Form von der Gesellschaft unentgeltlich aufgelegt und vertheilt werden. Durch eine eigene von der Gesellschaft hergegebene periodische Zeitung (Blätter der Rettungs-Gesellschaft in Wien) soll die Berichterstattung von allen Ereignissen und Zufällen, die das Rettungswesen betreffen, erleichtert werden.

4) Besondere Ausführungs-Vorschriften, Reglements und Instructionen werden über die Stellung der Gesellschaft zu dem amtlichen oder communalen, dann zu den privaten Rettungsdiensten in Wien, als auch die inneren und äusseren Obliegenheiten, dann die Adjustirung und Armirung, die Embleme, das Siegel, die Ehrenzeichen, die Belohnungen etc. der Mitglieder dieser freiwilligen Gesellschaft festsetzen und regeln. Alle diese Vorschriften bedürfen vor ihrer Ausführung der Zustimmung der competenten Behörden, sowie jener der Commune.

### III. Abschnitt: Bildung der Gesellschaft.

§ 3. Die Rettungs-Gesellschaft wird aus den im nachfolgenden § 4 (unter 1, 2, 3, 4 und 6) angegebenen Mitgliedern gebildet, welche sowohl Männer als Frauen sein können. Active Mitglieder (§ 4 Absatz 5) dürfen nur Männer sein.

auf einmal leisten. Die Namen und das Wappenschild der Stifter werden in Rettungsstationen, sowie im Centrale der Gesellschaft auf eigenen, marmornen Tafeln im Centrale der Gesellschaft angebracht werden.

2. Förderer sind solche, welche wenigstens 500 Gulden ö. W. auf sich erlegen. Die Namen und das Wappenschild der Förderer wird auf eigenen eisernen Tafeln im Centrale der Gesellschaft angebracht werden.

3. Gönner sind, die weniger als 500 Gulden ö. W., aber nicht weniger als 50 Gulden auf einmal einzahlen. Die Namen und das Wappenschild der Gönner werden auch im Centrale der Gesellschaft passend angebracht werden.

4. Beitragende (zahlende) Mitglieder sind solche, welche wenigstens alle 10 Jahre und zwar am Gründungstage der Gesellschaft, d. K. am 9. December, einen Beitrag von 10 Gulden ö. W. entrichten.

5. Active Mitglieder sind solche, welche den activen inneren und äußeren Dienst der „Freiwilligen Rettungs-Gesellschaft“ zu verrichten sich verpflichten, zwar nach den bestehenden Reglements und Vorschriften (§ 2, Lit. e). Die Mitglieder haben sich auf eigene Kosten zu uniformiren und im Dienste zu verpflegen. Sie leisten aber keinen Beitrag in Geld.

6. Ehrenmitglieder des Inlandes und im Auslande werden gleichzeitig correspondirende Mitglieder geführt, auf eigenen Gedenktafeln verzeichnet und von den Gesellschaftsvorstände mit zwei Drittel Stimmen ernannt.

#### IV. Abschnitt: Sitz der Gesellschaft.

§ 5. Der Sitz der Gesellschaft ist die Residenz- und Reichshauptstadt Wien. Die Gesellschaft wird sich aber bemühen, mit der Zeit, nach Thunlichkeit und Nothwendigkeit, die Errichtung ähnlicher freiwilliger Rettungs-Gesellschaften (namentlich einer Küstenwehr) in den übrigen Städten der im Reichsrathe vertretenen Länder zu fördern.

#### V. Abschnitt: Das Vermögen der Gesellschaft.

§ 6. a) Das baare Vermögen der Gesellschaft wird gebildet aus den im II. Abschnitte, § 4, unter 1, 2, 3 bezeichneten Schenkungen;

b) durch die jährlichen Beiträge der Mitglieder (III. Abschnitt, § 4, Absa

c) durch sonstige Widmungen und besondere Beiträge, Schenkungen oder Leihgaben, endlich durch, mit behördlicher Genehmigung eingeleitete, öffentliche Sammlungen.

Das Vereinsvermögen verwaltet ein eigener Cassirer, welchem auch die Verwaltung desselben nach besonderen Instructionen des Ausschusses obliegt.

#### VI. Abschnitt: Das Materiale der Gesellschaft.

§ 7. Das gesammte Material, das heisst der Feuerlöschpark sammt allen Geräthen und Apparaten, die Rettungsboote, Transportwagen für Kranke und Verwundete, Tragbahnen, Instrumentarien, Verbandzeuge und Medicamente etc. etc. wird als Fundus instructus der Gesellschaft durch den Chef des Maschinenwesens, welcher auch den Material-Depots vorsteht, in Evidenz und Ordnung gehalten.

Eine eigene Instruction regelt die Einzelheiten.

#### VII. Abschnitt: Die Rechte und Pflichten der Mitglieder.

§ 8. Nebst den im Abschnitte III, § 4, unter 1, 2, 3, 4 angegebenen ehrenamtlichen Erinnerungsmedaillen haben die im selben § 4, unter 1, 2, 3, 4, 5, 6 angegebenen Mitglieder das Recht, nach den im Abschnitte II, Lit. e) erwähnten Reglements bestim

**kleine, Abzeichen und Uniformen im Dienste der Gesellschaft oder bei festlichen Anlässen zu tragen. Besondere ehrende Gedenkzeichen für ausgezeichnete Thaten im Rettungsdienste werden ebenfalls den activen Mitgliedern durch ein eigenes Schiedsgericht der Gesellschaft zugesprochen werden. Die näheren Bestimmungen über werden die Reglements enthalten.**

**Der freie Eintritt zu allen Rettungsstationen, sowie dem Centrale der Gesellschaft ist unter Vorweisung der Legitimationskarten den im Abschnitte III, unter 1, 4, 5, 6 bezeichneten Mitgliedern bei Tag und Nacht gestattet, auch dürfen dieselben (1, 2, 3, 4, 6) den Schulen und Uebungen der activen Mitglieder, unter Berücksichtigung des Raumes und Vermeidung jeder Störung, beiwohnen.**

**§ 9. Ein Mitglied wird seiner Rechte verlustig:**

- a) durch freiwilligen Austritt;
- b) durch Nichteinzahlung des jährlichen Beitrages nach zweimal erfolgter Mahnung und Abweisung der Zahlung durch eine Postanweisung;
- c) durch Nichtbeachtung der Reglements und Vorschriften oder durch das Urtheil des Schiedsgerichts.

**§ 10. Die Pflichten der Mitglieder (namentlich der activen) ergeben sich im Allgemeinen und Besonderen aus den Reglements für die verschiedenen Diensteszweige.**

#### VIII. Abschnitt: Die Generalversammlung.

**§ 11 bis § 16.**

#### IX. Abschnitt: Besorgung der Geschäfte der Gesellschaft.

**§ 17 bis § 22.**

#### X. Abschnitt: Schiedsgericht.

**§ 23.**

##### Auflösung der Gesellschaft.

Der Ehren-Präsident:

Graf Hans Wilczek m. p.

Der Präsident:

Graf Eduard Lamezan m. p.

Man kann aus diesen schon zu jener Zeit aufgestellten Grundsätzen ersehen, dass die Leiter der Gesellschaft beinahe den gleichen Anschauungen huldigten, welche heute von den Sachverständigen auf diesem Gebiete anerkannt wird.

Für die Art und Weise der Hilfsleistung selbst waren damals ähnliche Maassnahmen vorgeschrieben, als sie heute für erforderlich angesehen werden. Ganz ausgezeichnet nach dieser Hinsicht sind die in der Beilage 2 und 3 des Jahrganges 1882 der Monatsblätter veröffentlichten Anleitungen für erste Hilfsleistungen:

Die erste Hülfe bei Unglücksfällen.

Eine Belehrung für Alle, die helfen wollen.

##### Transport.

Beim Transporte darf der Verunglückte nie an einem Theile gefasst werden, wo das Glied gebrochen ist, sondern nur an gesunden Stellen. Es muss auch sorgfältig vermieden werden, das gebrochene Glied hin und her schwanken zu lassen, es muss daher stets unterstützt werden. In der Regel darf ein durch Beinbrüche Verunglückter nur auf Tragen, und nie allein durch Menschenhände, ohne Tragbehelfe, weiter transportirt werden.

Die Beförderung der Verunglückten erfolgt in jedem Falle stets mit der schnellst möglichen Ausrichtung der Schiene oder Straße.

Wenn durch die Untersuchung in dieser Richtung festgestellt werden muss, dass den ersten angegebenen Fahren der Verunglückte durch ungenügende Schiene **jeder Krankheitsfall** auf gleiche Weise geschieht. Es ist vorhanden werden. Verletzungen sind häufig mit Zerschneidungen, Querschneidungen, Bruchungen etc. verbunden.

Seltenheit ist das der Fall, wenn Menschen während der Arbeit ihre Körper mit grossen Maschinen in unvorsichtige Berührung gebracht haben und Verletzungen erlitten werden.

Es sind solche Fälle zu vermeiden, was schon der Wille der Beförderung enthält.

Wien im März 1902.

I. M.

Hier ist ausgesprochen, dass die Beförderung der Verletzten Verunglückten die Hauptsache eines Rettungswesens bildet und dass an erster Stelle für die Untersuchung in der ersten Hilfe in Frage kommt.

Es ist bereits zu Beginn des Aufsatzes „Krankentransportwesen“ die Bedeutung der Beförderung der Kranken für das Allgemeinwohl, Standpunkte der öffentlichen Gesundheitspflege dargelegt worden. Das Rettungswesen hat der Krankentransport ganz besonders große Wichtigkeit, als hier die Person des Kranken mehr in den Vordergrund tritt, als beim Transport von ansteckenden Kranken, ja vielleicht als das Maassgebende für die Beförderung bildet, während im anderen Falle neben der Person des Kranken noch seine Umgebung und deren Schutz vor der Erkrankung zu berücksichtigen ist. Gleichzeitig ist das Rettungswesen ein besonderer Zweig der öffentlichen Krankenversorgung, dass durch Schaffung von Einrichtungen für den Rettungsdienst gleichzeitig für die Allgemeinheit gesorgt wird.

Die Sorge für die Person des Kranken ist heute eine besondere Aufgabe der Krankenpflege geworden, welche erst seit kurzer Zeit besonders durch die Bemühungen von v. Leyden genügend gewürdigt worden ist. Aus diesem Grunde ist als ein besonderer Vorzug der Wiener Einrichtungen und der betreffenden Vorkehrungen in ganz Oesterreich-Ungarn hervorzuheben, dass dort von Anfang an das Hauptgewicht für die Maassnahmen für die erste Hilfe auf sachgemässe Einrichtung eines Krankentransportwesens gelegt wurde. Die Leistung der ersten Hilfe soll stets darin bestehen und weiterhin sich darauf beschränken verunglückte oder plötzlich erkrankte Personen, welche sich im Augenblick der eintretenden Gesundheitsstörung an einem Orte befinden, wo eine Weiterbehandlung unmöglich ist, in einen Zustand zu versetzen, dass sie ohne Gefahr für ihr Befinden dahin gebracht werden oder sich selbst begeben können, wo ihre weitere Versorgung statthaben kann. Können sie dagegen an dem Orte ihrer Erkrankung oder Verunglückung verbleiben, so sind sie so zu versorgen, dass sie die Ankunft weiterer Hilfe abwarten können.

Einige Beispiele sollen dieses Verhältniss näher erläutern. Verunglückte Arbeiter in einer Arbeit, oder wird Jemand auf der Strasse

Verfahren oder von einem Blutsturz befallen, so ist er schnell so zu binden oder zu lagern, dass er ohne Gefahr dahin gebracht werden kann, wo seine endgültige oder weitere Behandlung erfolgen kann. Hat die Verletzung im ersteren Falle Gliedmaassen des Oberkörpers betroffen, kann sich der Verletzte meistens ohne Weiteres nach dem Nothverbande fortbegeben, falls nicht die mit der Verletzung häufig vergesellschaftete Erschütterung des Gesamtorganismus, welche als Shok in Erscheinung tritt, noch eine besondere Art der Beförderung im Krankentragen erheischt. Sind dagegen erhebliche Verletzungen an Theilen des Unterkörpers, welche an sich schon eine Fortbewegung beeinträchtigen, muss für die Beförderung in entsprechender Weise gesorgt werden. Ausserdem sind hierfür noch andere individuelle Verhältnisse maassgebend, da auch Verletzungen im Bereiche des Oberkörpers, der Brust oder des Rückens oft den Verunglückten verhindern können, sich selbst weiter zu begeben. Für alle diese Fälle ist Sorge zu tragen, dass der Verunglückte ohne Schaden für seine Gesundheit oder für den betroffenen verletzten Körpertheil weiterkommt. Welche Schädigungen ihm unterwegs drohen können, ist im vorigen Aufsätze dargelegt worden. Hat die Erkrankung oder Verletzung in der Behausung des Patienten stattgefunden, so hat nur vorläufige Behandlung so weit stattzufinden, dass der Kranke oder Verletzte weitere ärztliche Hülfe abwarten kann, falls nicht Ueberführung in ein Krankenhaus nothwendig erscheint. Handelt es sich z. B. um eine stärkere Blutung an den oberen Gliedmaassen, so ist bei der Nothhülfe für die Stillung dieser zu sorgen, bevor der Patient fortgebracht wird. Wenn er auch sich selbst fortbewegen kann, so wäre er doch ohne diese vorherige Hülfe nicht im Stande gewesen, sich zu entfernen, da unterwegs eine stärkere Blutung eintreten könnte. So wird auch in diesem Falle der Patient durch die geleistete Hülfe transportfähig gemacht.

Es hat also in sehr vielen Fällen von erster Hülfe der Transport eine sehr erhebliche Bedeutung, da die Verunglückungen der ersten Gruppe die bei weitem grössere Zahl von Gelegenheiten zur Nachsuchung der Hülfe bieten. Die Erschütterungen auf einem Transport können bei den verschiedenen im vorigen Aufsätze genannten Zuständen, zu welchen noch zahlreiche andere gezählt werden müssen, besondere Verschlimmerungen hervorrufen. Aus diesem Grunde ist auch nicht immer nur die Bedeutung des ersten Verbandes für die erste Hülfe zu betonen, wie dies in letzter Zeit geschehen ist. Die ersten Berichte der Berliner Unfallstationen begannen mit den Worten: „Der erste Verband entscheidet das Schicksal des Verletzten,“ welche v. Volkmann einmal geäussert hätte. Nun hat aber v. Volkmann an betreffender Stelle den Ausdruck gebraucht: „Der erste Verband entscheidet das Schicksal des Kranken und bestimmt den Gang des Wundverlaufes.“ v. Volkmann spricht an der betreffenden Stelle über die Behandlung der complicirten Knochenbrüche und meint natürlich, dass in diesen Fällen der erste endgültige Verband so anzulegen ist, dass er weitgehendsten Anforderungen der modernen Wundbehandlung entspricht. Wohl sicher hat aber der grosse



Chirurg diesen Satz nicht für die vorläufigen Verbände angewendet wissen wollen — obwohl auch diese natürlich nach allen Regeln der Kunst angelegt werden müssen —, um welche es sich bei der ersten Hülfsleistung handelt. Würde der erste vorläufige Verband in diesen Fällen entscheidend sein, so würde sich besonders in den zahlreichen Fällen, wo erste Verbände von nicht sachverständiger Seite angelegt werden, ein viel günstigeres Ergebniss zeigen, als es der Fall ist. Es ist der erste Verband, wie auch v. Bergmann in seinem Cursus im Aerzteverein der Berliner Rettungsgesellschaft auseinandersetzt, in möglichst einfacher Weise anzulegen, unter möglichster Beschränkung eingreifender Verfahren, indem die Wunde nur eben bedeckt wird, alle unnöthigen Handleistungen dabei unterbleiben, keine unnöthigen Abspülungen mit reizenden Desinficientien vorgenommen werden, durch welche möglicherweise mit Blutgerinnsel eben verstopfte Blutgefässe wieder eröffnet werden können, kurz so, dass in keiner Weise geschadet wird. Von diesem Standpunkte aus hat der erste vorläufige Verband, welcher gewöhnlich nach kurzer Zeit wieder entfernt wird, Wichtigkeit, welche darin gipfelt, möglichst wenig zu thun, während beim ersten endgültigen Verband alle Maassnahmen ins Auge zu fassen sind, welche ein möglichst langes Liegenbleiben des Verbandes gestatten. Aus diesem Grunde ist auch in den meisten Rettungsvereinigungen der Grundsatz festgelegt, die erste Hülfe auf die vorläufigen Verbände zu beschränken und alles Uebrige der Weiterbehandlung im Krankenhaus oder in der eigenen Behausung des Patienten zu überlassen.

Wird dieser Grundsatz nicht befolgt, so kann es geschehen, dass ein Verletzter, wie dies in Berlin besonders vor einigen Jahren vorkam, an einem Tage mit mehreren Verbänden versehen wird. Dies kann sich ereignen, wenn z. B. sogleich an der ersten Verbandstelle Nähte angelegt werden, welche an demselben Tage wegen Nachblutung wieder entfernt werden müssen, um blutende Gefässe zu unterbinden. Ist dann sogar der erste Verband in Narkose angelegt worden, so kann zur Unterbindung nochmalige Narkose erforderlich werden. Solche Maassnahmen schädigen sowohl den Patienten an sich, als auch noch durch die Gefahr, dass bei jedem Verbandwechsel eine Infection der Wunde erfolgen kann.

Ferner erwachsen dem Patienten bezw. der Körperschaft, welcher er als Mitglied angehört, unnöthige Kosten, so dass die genannten Gründe darauf hinweisen, beim ersten vorläufigen Verbande nur die nothwendigsten Maassnahmen anzuwenden.

Schon hier zeigt sich, dass die Berliner Rettungsgesellschaft bei ihrer Organisation einen richtigen Weg beschritten hat, für die Einrichtung der ersten Hülfe die Hospitäler heranzuziehen, wodurch häufigere Verbände eines Kranken vermieden werden. Denn wenn der Kranke vorher in einer Zwischenstation erst einen grossen complicirten Verband erhalten, welcher bald darauf wieder im Krankenhaus, in welchem er weiter behandelt werden soll, schon aus dem Grunde entfernt werden muss, weil der Stationsarzt sehen muss, um welche Verletzung es sich

genden Falle handelt, so sind die genannten Möglichkeiten zur Hülfe des Kranken vorhanden. Je kleiner und anspruchsloser der Verband ist, um so besser wird es für den Kranken sein, da, wenn der Verband sofort wieder abgenommen werden muss, dies um so leichter und schonender bei einem kleinen Verbande geschehen kann. Wir also nur den ersten Verband benutzen sollen, um dem Verwundeten die Möglichkeit zu gewähren, sich weiter zu begeben, also in der ersten Hülfe ihn für die Weiterbeförderung geeignet zu machen, so ist der erste Transport in der ersten Hülfe mindestens die gleiche Wichtigkeit zu haben wie dem ersten Verbande. Ich habe daher bereits 1895 in der Real-Encyclopädie der gesammten Heilkunde (Eulenburg) vorgeschlagen, den oben angeführten Satz umzuformen in „der erste Verband und erste Transport entscheiden das Schicksal des Verletzten“. Welche Wichtigkeit dem Rettungswesen in Oesterreich beigelegt wird, war bereits mehrfach erwähnt. Es hat z. B. der österreichische Militärarzt Habart für die erste Hülfe auf dem Schlachtfelde, mit welcher ja die auf dem Schlachtfelde des täglichen Lebens sich vollziehenden Unfälle in vielen Fällen vergleichbar sind, den Satz aufgestellt. „Ich halte dafür, dass nicht der erste Verband, sondern der erste Transport über das Schicksal des Verwundeten entscheidet“. Mein Schlusssatz bildet eine Synthese der beiden erwähnten Ansichten.

Schliesst sich an diese Erörterungen die Frage nach der Ausdehnung der ersten Hülfeleistung überhaupt an, deren Beantwortung sich aus den vorstehenden Darlegungen ohne Weiteres ergibt, welche aber noch zu schildernde Einrichtung des Rettungswesens von Wichtigkeit ist. Die Samariter haben möglichst ihre Thätigkeit auf die erste Hülfe beschränkt, d. h. die ärztliche Hilfe bei dem Patienten zu beschränken, dass der Arzt zum Kranken geholt werden muss, wenn es die besonderen Umstände erheischen, oder dass der Verunglückte zum Arzte geschafft werden kann. Im Uebrigen verfahren sie, wie oben angegeben. Die ärztliche erste Hülfe hat, sei es, dass vorher eine erste Hülfe durch einen Samariter stattgefunden oder nicht, darauf zu beschränken, bei Verletzten vorläufige Verbände anzulegen oder bei chronisch Erkrankten vorläufige Maassnahmen zur Lebensrettung oder Besserung des Zustandes anzuordnen. Alle übrigen Maassnahmen sind zu unterlassen, was aus den genannten Gründen sowohl im Interesse des Patienten liegt, welches in erster Linie Berücksichtigung verdient, als auch im Interesse derjenigen gelegen ist, welche für die zweite Hülfe der ersten Hülfe materiell aufzukommen haben. Aus diesen und oben genannten Gründen stellt die Leistung der ersten Hülfe ein besonderes Gebiet der Heilkunde dar, deren Vertreter ein besonderes Interesse an der Organisation derselben haben. Es müssen alle Bestrebungen unterstützt werden, welche dahin zielen, bei dem Rettungswesen in gleicher Weise alle Vortheile für den Patienten und die Vermeidung der Beschädigung der Aerzte zu berücksichtigen.

Dass das Interesse der Verletzten nur gewahrt wird, wenn A an der Spitze des Rettungswesens stehen und dasselbe leiten, b keiner weiteren Auseinandersetzung, nachdem wir dargelegt, dass ja Retten der Beruf der Aerzte sei, und dass es daher nur selbstverständlich ist, dass diejenigen, welche ihren Beruf hier im öffentlichen Interesse ausüben, auch die Vorbereitungen und Massnahmen für einen solchen Dienst in die Wege leiten. Die Aerzte bilden daher in den Städten und auf dem Lande einen Hauptfactor für die Einrichtung des Rettungsdienstes, wie dies noch weiter bei der speciellen Organisation des Rettungswesens zu erörtern sein wird. Die erste Hülfe ist der Beginn der Krankenbehandlung, diese wiederum ist einzig und allein die Aufgabe der Aerzte. Daher ist es nothwendig, dass sie an der Spitze des Samariterwesens stehen und gleichfalls beim ärztlichen Rettungsdienste die Leitung aller technischen Geschäfte und des Ganzen besorgen. Es muss dann ein zum Wohle der Allgemeinheit functionirendes Rettungswesen wie wir noch sehen werden, darzustellen.

In neuerer Zeit ist man nicht immer diesem Grundsätze treu geblieben, indem man in einzelnen Orten Laien an die Spitze des öffentlichen Rettungsdienstes stellte. Es soll keineswegs bestritten werden, dass das Laienelement bei der Einrichtung der betreffenden Vorkehrungen, besonders für die Leitung der rein geschäftlichen und Verwaltungsangelegenheiten hauptsächlich zu wirken berufen ist. Aber es darf niemals vergessen werden, dass überall, wo ärztliche und medicinische Verhältnisse betheiliget werden, der Arzt allein zu bestimmen und anzuordnen hat. Es zeigt sich hier sonst ungefähr dasselbe, wie bei der Verwaltung der Krankenhäuser, deren Darlegung an anderer Stelle des Handbuches erfolgte. In beiden Fällen handelt es sich um Ausübung einer humanitären Thätigkeit, in beiden Fällen erfolgt die Leistung der Thätigkeit durch Aerzte in besonderen Räumen, welche mit besonderen Geräthschaften ausgestattet sind.

Nur wird beim Rettungsdienste die ärztliche Thätigkeit ein Mal am Beginn der Gesundheitsstörung einsetzen (erst- und einmalige Hülfe), während bei der Krankenhausbehandlung eine längere Zeit dauernde Thätigkeit des Arztes mit dem Patienten erfolgt (Krankenbehandlung).

Diejenigen Körperschaften, welche in letzter Zeit sich nun in besonderer Weise mit dem Rettungswesen und dessen Einrichtung beschäftigt haben und dabei gerade das Laienelement in den Vordergrund gestellt haben, sind die Berufsgenossenschaften, welche besonderes Interesse an zweckmässigen Einrichtungen für erste Hülfe für die in Betrieben Verunglückten, die Unfallverletzten, haben. Bei günstigen Heilungen der Betriebsunfälle Heimgesuchten haben die Berufsgenossenschaften grosse Ersparnisse.

Ein Theil der Berufsgenossenschaften bzw. von Sectionen derselben hat nun, wie das im betreffenden Theile des Handbuches von Thomsen geschildert ist, vom § 76 c der Krankencassen-Gesetznovelle Gebrauch gemacht, nach welchem sie berechtigt sind, jederzeit „das Heilverfahren auf ihre Kosten zu übernehmen“. Sie übernehmen das Heilverfahren

sich nach dem Unfälle, um durch eine möglichst „intensive“ Behandlung die Unfallverletzten schnellstens wieder in den Besitz ihrer Erwerbsfähigkeit zu versetzen. So haben die Berufsgenossenschaften in Deutschland einige eigene Krankenhäuser und Unfallstationen errichtet, welche letzteren eine ambulatorische Behandlung der berufsgenossenschaftlichen Unfallverletzten neben der Leistung der ersten Hülfe für Hermann vorgenommen wird. Solche Stationen entstanden in Berlin und in Breslau, und da durch die Behandlung Unfallverletzter in den Unfallstationen Rentenersparnisse bewirkt worden sein sollten, so wurde die Errichtung solcher Stationen nach gleichen Grundsätzen wie in Berlin in andere Städte empfohlen.

Vielfach sind besonders von ärztlicher Seite, wie noch später auseinander gesetzt werden wird, die guten Ergebnisse, welche durch das Verfahren der Unfallstationen erzielt worden sein sollten, angezweifelt worden. Einen Beitrag hierzu liefern die in No. 1 des Jahrgangs 1901 der „Berufsgenossenschaft“ von der Section VI der Brauerei- und Mälzerei-Berufsgenossenschaft selbst veröffentlichten Zahlen, durch welche wiederum der Beweis für dieses gute Heilresultat geführt werden sollte. (siehe Tabelle S. 606 u. 607.)

Da 1892 auf 1000 Arbeiter 17,63 und 1900 nur 8,66 pCt. entschädigungspflichtiger Unfälle bei der Section entfielen, so wird gemeint, dass diese Resultate „die Section dem intensiven Heilverfahren in den ersten 13 Wochen und der unausgesetzten ärztlichen Controle der verletzten Personen, sowie dem Wirken der Berliner Unfallstationen, in welchen nicht nur die Berliner Unfallverletzten, sondern auch eine grosse Zahl der ausserhalb Berlins Verunglückten Aufnahme fanden“, verdankt.

Es zeigt sich bei Betrachtung der Tabelle ohne Weiteres, dass nicht allein in Berlin, sondern auch in den Provinzen die Zahl der entschädigten Unfälle auf 1000 Arbeiter abgenommen hat, also auch da, wo keine Unfallstationen vorhanden sind. Ferner sind die Zahlen bereits vor der 1894 in Berlin erfolgten Begründung der Unfallstationen zurückgegangen, und zwar betrugen sie für

1892:	1893:	1894:	1895:
22,08	17,53	12,02	7,62

entschädigte Unfälle.

Während, wie Mugdan sehr richtig hervorgehoben, von 1895—1900 in Berlin die Zahl der entschädigungspflichtigen Unfälle nur von 7,62 auf 7,33 zurückging, beträgt diese Differenz in der Provinz von 13,71 bis 9,11. Mugdan schliesst, „dass das von der Section VI der Brauerei- und Mälzerei-Berufsgenossenschaft geübte Verfahren, in jedem Falle das Heilverfahren vor Beginn der 14. Woche nach Eintritt des Unfalls abzuübernehmen, keinen grossen finanziellen Vortheil bringt“. In ganz ähnlicher Weise verhalten sich die Zahlen in der letzten Spalte der Zahlentafel, die die Zahl der entschädigungspflichtigen Unfälle von 1000 gemeldeten angiebt. Während in Berlin die Zahl dieser von 1891 :

J a h r	Zahl der Arbeiter			Zahl der gemeldeten Unfälle			Zahl der entschädigten U.	
	In Berlin	In den Provinzen	Insgesamt	In Berlin	In den Provinzen	Insgesamt	In Berlin	In den Provinzen
1891	4281	14 296	18 557	510	1111	1621	90	222
1892	4483	14 629	19 112	660	1151	1811	99	238
1893	4905	14 639	19 544	886	1452	2338	86	254
1894	5076	14 774	19 850	1043	1529	2572	61	188
1895	5250	14 950	20 200	1182	1795	2977	40	205
1896	6600	16 100	22 700	1450	1857	3307	49	177
1897	6750	18 200	24 950	1673	1983	3656	42	206
1898	6920	19 580	26 500	1974	1935	3909	48	189
1899	7250	21 850	29 100	2275	2161	4436	47	212
1900	7500	22 400	29 900	2501	2235	4736	55	204

eine für die einzelnen Jahre — vor Errichtung der Unfallstationen ganz erhebliche Abnahme aufweist, die von

1891 zu 92 um 26<sup>0</sup>/<sub>00</sub>

1892 zu 93 um 53<sup>0</sup>/<sub>00</sub>

1893 zu 94 um 39<sup>0</sup>/<sub>00</sub>

fällt, zeigt sich von da an in den folgenden 6 Jahren — nach Errichtung der Unfallstationen — von 1895—1900 eine Abnahme von 27<sup>0</sup>/<sub>00</sub>, ja von 1895 an beträgt die Abnahme bis 1900 sogar 12<sup>0</sup>/<sub>00</sub>. In den Provinzen, wo also keine Unfallstationen vorhanden betragen diese Zahlen für die gleichen 6 Jahre 31<sup>0</sup>/<sub>00</sub> und von 1 an 23<sup>0</sup>/<sub>00</sub>. Sehr auffallend ist hier das Verhalten der Gesamtzahl. Während von 1892 zu 93 eine Abnahme der entschädigungspflichtigen Unfälle von 41<sup>0</sup>/<sub>00</sub>, von 1893 zu 94 von 49<sup>0</sup>/<sub>00</sub> besteht, die Zahl für 1894 zu 95 nur 6<sup>0</sup>/<sub>00</sub> (!) und fällt überhaupt von 1894 1900, also in 6 Jahren (d. h. während des Bestehens der Unfallstationen um 42<sup>0</sup>/<sub>00</sub>, also so viel, wie bereits vor Errichtung der Stationen Unterschied in einem Jahre betrug.

Es ist also mit dieser aus dem eignen Lager der Unfallstationen ausgegebenen Statistik keineswegs in Bezug auf das Sinken der entschädigungspflichtigen Unfälle das bewiesen, was die Anhänger Unfallstationen beweisen wollen. Ferner hat Mugdan dargelegt, vorläufig finanzielle Vortheile durch die Behandlung der Unfallverletzten in den Stationen für die Berufsgenossenschaften nicht entstehen können.

Der grosse Segen, welchen die Berufsgenossenschaften für die Arbeitsschaffenden, liegt zu einem bedeutenden Theil auf dem Felde der Unfallverhütung. Die Anbringung besonderer Schutzvorrichtungen und Erlass von Vorschriften für deren Benutzung, ferner die Bereitstellung von Verba-

Auf 1000 Arbeiter kommen schädigte Unfälle		Auf 1000 Arbeiter kommen gemeldete Arbeiter			Auf 1000 gemeldete kommen entschädigungs- pflichtige Unfälle		
In den Provinzen	Insgesamt	In Berlin	In den Provinzen	Insgesamt	In Berlin	In den Provinzen	Insgesamt
15,53	16,79	119,13	77,71	87,53	176,47	199,82	192,47
16,27	17,63	147,22	78,68	94,76	150,00	206,60	186,01
17,35	17,40	180,63	99,19	119,63	97,08	174,93	145,42
12,73	12,54	205,48	103,49	129,57	58,48	122,96	96,81
13,71	12,13	225,14	120,07	147,38	33,84	114,21	82,29
10,99	9,96	219,70	115,34	145,68	33,79	95,42	68,34
11,32	9,94	247,85	109,56	148,25	25,10	103,88	67,83
9,60	8,94	285,26	98,83	147,51	24,32	97,67	60,63
9,70	8,90	313,79	99,13	152,44	20,66	98,10	56,13
9,11	8,66	333,34	99,78	158,39	21,99	91,28	54,69

1 für die erste Hülfe in den Betrieben, die Ausbildung von Angehörigen dieser, um bis zur Ankunft eines Arztes rathend und helfend zu können, also Vorsorgen, die Wirkung der Unfälle möglichst nach deren Eintritt zu verringern, sind in hervorragender Weise von Berufsgenossenschaften geleistet worden. Dieser Theil ihrer Wirksamkeit zusammen mit den grossen Fortschritten der medicinischen Wissenschaft — besonders auf dem Gebiete der neu entstandenen Unfallversicherung — mit ihrem gesammten Rüstzeug auch in Bezug auf die Nachsorge — hat grossen und entscheidenden Einfluss auf das Wohlbefinden der Arbeiter und ihre Versorgung bei Unfällen gehabt. Und diese Ergebnisse kommen in der obigen Tabelle viel mehr zum Ausdruck als der Erfolg der Uebernahme des Heilverfahrens durch die Berufsgenossenschaften in den Unfallstationen in den ersten 13 Wochen. Hoffentlich der Zeitpunkt nicht fern, wo in diesen und anderen Punkten, in denen die Meinungen der beiderseits leitenden Kreise noch etwas auseinander gehen, eine Einigung zum Wohle aller Beteiligten erzielt wird. Der Werth der von den Berufsgenossenschaften zu ergreifenden Massnahmen für die Unfallverhütung in dem erweiterten Sinne, die dahin zielt, die Unfälle möglichst zu vermindern, wurde bereits früh vom Reichsversicherungsamt anerkannt, wie sich aus einem „Rundschreiben der Vorstände sämtlicher vom Reichsversicherungsamte ressortirenden Berufsgenossenschaften vom 8. December 1889, betreffend die Aufnahme von Bestimmungen über die erste Hilfsleistung bei Unfällen in den Unfallversicherungsvorschriften“, ergibt:

Die im Reichsversicherungsamte bearbeitete, ihrem Abschlusse entgegengehende Statistik der Unfälle, für welche im Jahre 1887 von den Berufsgenossenschaften Entschädigungen festgestellt worden sind (vergl. Amtliche Nachrichten des R. V. A.

1887, S. 154 ff.), lässt nach dem Inhalte der Zählkarten erkennen, dass die Folge zahlreicher Unfälle wesentlich hätten abgeschwächt werden können, wenn die erste Hülfeleistung vor Ankunft des Arztes erforderlichen Verbandmittel etc. Hand gewesen und angewendet worden wären. Eine auffallend grosse Zahl erreichen namentlich solche Unfälle, bei denen anfänglich geringfügige Verletzungen (kleine Fingerbeschädigungen durch Splitter, unbedeutende Verbrennungen und Aetzungen der Haut u. A.), deren Nachtheile bei schnellem Eingreifen sich wahrscheinlich hätten abwenden lassen, im weiteren Verlaufe einen schweren, oft sogar tödtlichen Ausgang genommen haben.

Das Reichsversicherungsamt glaubt ein Mittel, welches einigermaassen dazu beitragen kann, jenen Uebelständen zu begegnen, darin erblicken zu sollen, dass die von den Berufsgenossenschaften erlassenen, beziehungsweise noch zu erlassenden Unfallverhütungsvorschriften unter Berücksichtigung der Ausdehnung und Gefährlichkeit der Betriebe Bestimmungen über die erste Hülfeleistung bei Unfällen aufgenommen werden.

Wenn in der vorbezeichneten Richtung von der Mehrzahl der Berufsgenossenschaften Schritte bisher nicht gethan sind, so dürfte dies auf das Bedenken zurückzuführen sein, dass Bestimmungen über die erste Hülfeleistung bei Unfällen als Unfallverhütungsvorschriften insofern nicht anzusehen seien, als sie nicht dazu dienen den Eintritt von Unfällen zu verhüten. Eine so enge Auffassung des Begriffes Unfallverhütung entspricht indessen nicht der Absicht des Gesetzgebers, wie dieselbe in den §§ 78 ff. des Unfallversicherungsgesetzes vom 6. Juli 1884 und gleichartigen Bestimmungen der übrigen Unfallversicherungsgesetze Ausdruck gefunden hat. Wie die Tragweite eines Unfalles nicht allein durch das schädigende Ereigniss selbst, sondern auch durch Nebenumstände, insbesondere durch Haltungen und Unterlassungen bedingt ist, welche jenes Ereigniss begleiten oder ihm unmittelbar folgen, so kann auch die berufsgenossenschaftliche Unfallverhütung ihren Zweck nur dann erreichen, wenn sie ausser denjenigen Vorkehrungen, welche den Eintritt von Unfällen vorzubeugen bestimmt sind, auch die Herstellung von Betriebseinrichtungen in sich schliesst, die jene mit dem Unfall in unmittelbarem Zusammenhange stehenden Verhältnisse so gestalten, dass dadurch die Gefahr der Herbeiführung schwerer Unglücksfolgen möglichst abgewendet wird.

In richtiger Würdigung dieser Gesichtspunkte ist neuerdings auch aus Arbeitskreisen der Wunsch laut geworden, es möchte von Seiten der Berufsgenossenschaft dafür gesorgt werden, dass in den Betrieben Einrichtungen für die erste Hülfeleistung beständen. Dass es aber an zweckdienlichen Mitteln, welche auch den Laien für die erste Hülfeleistung in die Hand gegeben werden können, heute nicht mehr fehlt und dass die Wichtigkeit einer schon vor Zuziehung des Arztes eintretenden Fürsorge für Verletzte in den weitesten Kreisen Anerkennung findet, hat namentlich die im Jahr 1889 veranstaltete deutsche allgemeine Ausstellung für Unfallverhütung zur Anschauung gebracht.

Das Reichsversicherungsamt hat seine oben dargelegte Auffassung bezüglich der Bestimmungen über die erste Hülfeleistung bei Unfällen bereits wiederholt und insbesondere dadurch zu erkennen gegeben, dass es der Einfügung solcher Bestimmungen in die Unfallverhütungsvorschriften mehrerer Berufsgenossenschaften seine Genehmigung ertheilt hat.

So enthalten die im Jahre 1886 genehmigten Unfallverhütungsvorschriften der Berufsgenossenschaft der Feinmechanik (Amtliche Nachrichten des R. V. A., 1886 S. 190 ff.) die nachfolgenden Bestimmungen:

## Für die Betriebsunternehmer.

In jedem Betriebe sind nach Maassgabe der Arbeiterzahl desselben genügendes **bandmaterial** und einfache Arzneimittel vorrätig zu halten, welche an die Verletzten sofort nach Eintritt des Unfalles verabfolgt werden; diese einfachen Arzneimittel hat die Genossenschaft bekannt zu geben.

In den Werkstätten sind Anweisungen, betreffend die erste Behandlung Verletzter, **Placatform** anzubringen, welche vom Genossenschaftsvorstande zu beziehen sind.

In grossen Betrieben sind einige Personen in der ersten Behandlung Verletzter **errichten** zu lassen.

## Für die Arbeiter.

Jede, auch die geringste Verletzung ist gegen Eindringen von Staub, Schmutz **und dergleichen** sorgfältig zu schützen, wozu das im Betriebe vorrätig gehaltene **bandmaterial** zu benutzen ist.

Arbeiten mit Säuren und giftigen Stoffen sind bei eintretender Verwundung **ort einzustellen**.

Bei Eintritt von Unfällen ist der nächste Vorgesetzte sofort zu benachrichtigen **und für schleunige Herbeischaffung ärztlicher Hülfe Sorge zu tragen**.

Vergl. auch die Unfallverhütungsvorschriften der Süddeutschen Textilberufsgenossenschaft (Amtliche Nachrichten des R. V. A., 1887, S. 216 ff.), der Südwestdeutschen Holzberufsgenossenschaft (Amtliche Nachrichten des R. V. A., 1888, 34 ff.), der Leinenberufsgenossenschaft (Amtliche Nachrichten des R. V. A., 89, S. 102 ff.) u. A. Eine Uebersicht über die sämtlichen bisher genehmigten **entsprechenden Bestimmungen** ist in der von dem Verbande der deutschen Berufsgenossenschaften durch R. Platz herausgegebenen Zusammenstellung der Unfallverhütungsvorschriften der Berufsgenossenschaften I. S. 43 enthalten.

Das Reichsversicherungsamt darf den Vorständen derjenigen Berufsgenossenschaften, welche in der gedachten Richtung bisher nicht vorgegangen sind, hiernach **am ehesten anheimstellen**, der vorstehenden Anregung sowohl im eigenen Interesse, **wie in dem der Versicherten thunlichst Folge zu leisten**.

Bestimmungen über die bei Unfällen sofort zu ergreifenden Maassnahmen sind jetzt wohl in den meisten Betrieben sichtbar für Jedermann **angebracht**. In vielen Betrieben sind Verbandkästen zur ersten Hülfe **angestellt**.

Auch die Wichtigkeit der Krankenförderung bei der ersten Hülfe hat das Reichsversicherungsamt durch folgenden Hinweis auf eine meiner früheren Arbeiten in seinen „Amtlichen Nachrichten“ vom 1. März 1897, No. 3, hervorgehoben:

In der im Verlage von Urban und Schwarzenberg in Wien erscheinenden, von Professor Dr. Albert Eulenburg in Berlin herausgegebenen „Real-Encyclopädie der gesamten Heilkunde“ ist ein auch im Separatabdruck vorhandener Aufsatz von Dr. George Meyer in Berlin über „Krankentransport“ veröffentlicht worden. Es wird darin in sehr gründlicher Darstellung die Bedeutung eines guten Krankentransports für das Heilverfahren im Allgemeinen, sowohl was den Kranken selbst, als auch was die öffentliche Gesundheitspflege verlangt, erörtert, namentlich aber auch die Wichtigkeit eines sachgemäss ausgeführten Transports für das spätere Schicksal der durch einen Unfall verletzten Personen, d. h. für den Erfolg des sich anschliessenden Heilverfahrens, eingehend dargelegt. Der Aufsatz ist deshalb im Besonderen auch für die Berufsgenossenschaften von Interesse, deren Wirkungskreis **er in einem wesentlichen Punkte berührt**.



Wie erwähnt haben die Berufsgenossenschaften zum Theil auch Unricht in der ersten Hülfe für Angehörige der betreffenden Betriebe eingerichtet, um dort, wo nicht immer ärztliche Hülfe schnell erreichbar ist, die erste Versorgung zur Abwendung grösserer Gefahren sicher zu stellen.

Nachdem die Vereine vom Rothen Kreuz in Deutschland, veranlasst durch die grossartigen Erfolge, welche die socialpolitische Gesetzgebung für die erkrankten, verunglückten und invaliden Arbeiter gezeitigt hat, sich mit den betreffenden Organen, den Berufsgenossenschaften einerseits und den Landesversicherungsanstalten andererseits in Verbindung gesetzt, um dadurch neue Kräfte für ihre eigenen Zwecke zu gewinnen, wurde am 1. April 1900 ein Vertrag zwischen den Organen der Berufsgenossenschaften und des Rothen Kreuzes, den Unternehmern und den ersten Hülfe betreffend, abgeschlossen.

entworfen.

Einige Zeit später wurden dann

„Gesichtspunkte für das Zusammenwirken der Berufsgenossenschaften mit dem Rothen Kreuz“ aufgestellt.

Die Organisation der Rothen Kreuzvereine in Deutschland ist in der Geschichte der Entwicklung der Krankenpflege von Dietrich eingehend dargelegt. Für das Rettungswesen ist der Grundsatz der Wichtigkeit, dass ihre Mitglieder durch eine kriegsvorbereitende Thätigkeit im Frieden stets in genügender Bereitschaft erhalten werden sollen. Diese Friedensthätigkeit ist jetzt mehr auf die Leistung der ersten Hülfe bei Einzel- oder auch grösseren Unglücksfällen, welche sich in den Betrieben und öffentlichem Verkehr ereignen, ausgedehnt worden, während vorher die Wirksamkeit des Rothen Kreuzes in Friedenszeiten nach seiner Bestimmung besonders bei erheblichen Nothständen, Katastrophen, Epidemien in Erscheinung getreten war. Die Erweiterung des Thätigkeitsfeldes des Rothen Kreuzes, ein Fortschritt auf social-humanitären Gebieten, ist für die Organisation des Rettungswesens bedeutungsvoll geworden. Allerdings hatten in einzelnen Städten, wie wir noch sehen werden, dem Rothen Kreuz angehörige Vereine bereits vorher Einrichtungen für erste Hülfe bei Unfällen im Frieden geschaffen.

In einigen Städten hat man von dieser Stelle aus den zweckmässigen Weg eingeschlagen, sich zuerst mit der Aerzteschaft über die für die Einrichtung des Rettungswesens wichtigen Grundsätze zu verständigen. Aber leider ist dies nicht überall erfolgt, so dass an einigen Orten ein recht buntes Bild in Bezug auf die verfügbaren Einrichtungen vorhanden ist, welches für den Fernstehenden nicht immer leicht zu entwirren ist.

Die einzelnen zum Rothen Kreuz gehörigen Vereinigungen, welche in einer Anzahl von Städten Rettungsvorkehrungen getroffen haben, sind die Sanitätskolonnen, die Orts- und die Frauenvereine. In Berlin sind

en dem Centralcomité der deutschen Vereine vom Rothen Kreuz, den Landes-  
vom Rothen Kreuz und den von diesen ressortirenden Vereinen zur Ver-  
stellen. Auch sammelt die Genossenschaft Personen, welche als Delegirte  
Depotverwalter für den Kriegsfall den vorgenannten Vereinen vom Rothen  
zw. durch dieselben dem Kaiserl. Militärinspecteur überwiesen werden.

. Voraussetzung des Beitritts zur Genossenschaft für die ordentlichen  
Mitglieder.

Genossenschaft setzt bei ihren ordentlichen Mitgliedern voraus:  
eine christliche Gesinnung, die von keiner Dienstleistung zurückschreckt,  
Bereitwilligkeit, auch im Frieden das Erlernte bei Unglücksfällen im Sinne  
Samariterdiensten anzuwenden. Personen, welche, ohne dem christlichen Be-  
zuge anzugehören, von derselben Opferfreudigkeit durchdrungen sind, werden  
Mitgliedschaft zugelassen;  
geordnete Lebensverhältnisse und einen unbescholtenen Lebenswandel; letz-  
auf Erfordern durch Zeugnisse glaubwürdiger Personen nachzuweisen;  
dass sie weder dem activen Dienststande, noch dem Beurlaubtenstande  
(Landwehr I. und II. Aufgebots, Ersatzreserve) angehören;  
Personen, deren Militärverhältniss zur Zeit der Meldung noch nicht entschieden  
ist, werden ebenfalls zur Mitgliedschaft zugelassen werden; besondere Kosten dürfen  
für deren Ausbildung nur dann aufgewendet werden, wenn dieselben nach der  
betreffenden Vorstand gewonnenen Ueberzeugung voraussichtlich militärfrei  
oder wenn dieselben unter das Reichsgesetz vom 8. Februar 1890 (betreffend  
Pflicht der Geistlichen römisch-katholischer Confession) fallen;  
dass ihre Körperkräfte den voraussichtlichen Anstrengungen ihres Dienstes  
gewachsen sind, und dass sie nicht an übertragbaren Krankheiten leiden;  
dass sie die Fähigkeit haben, das zu Erlernende zu begreifen und für die  
Samariter Handleistungen hinreichende Geschicklichkeit besitzen.

Der Theil der früher für sich bestehenden Samaritervereine ist jetzt

Mitglieder der Pflicht- und freiwilligen Feuerwehren sind zu diesem Zweck zum grossen Theil als Samariter ausgebildet.

Die Turnvereine haben gleichfalls Organisation geschaffen, indem sie freiwillige Turnerfeuerwehren begründeten, welche dann ihrerseits die Leistung der ersten Hülfe bei Unfällen und plötzlichen Erkrankungen besorgten.

Nach dieser Uebersicht über diejenigen Factoren, denen die Einrichtung und Führung des Rettungswesens obliegt, nämlich die Aerzte, Krankenhäuser, Feuerwehren, Rothe Kreuzvereine, Samaritervereine, Berufsgenossenschaften, Rettungsgesellschaften, ferner Behörden, welche als einen Theil ihres Betriebes das Rettungswesen in die Hand genommen haben, indem die Polizei oder auch die Pflichtfeuerwehr oder andere Organe der Behörden sich diesem Zweig öffentlicher Fürsorge gewidmet haben, soll nun die Organisation des Rettungswesens dargelagt werden. Denn bereits aus der soeben hergestellten Zusammenfassung geht hervor, wie vielgestaltig diese Einrichtungen allein in unserem Vaterlande sind.

## **A. Allgemeine Organisation des Rettungswesens.**

### **I. Einrichtung des Rettungswesens zu Lande.**

#### **1. In einer grösseren Stadt.**

Hier kommen ganz besonders die genannten Factoren in Betracht, welche das Rettungswesen einzurichten haben. Etwas Anderes ist es natürlich mit der Erhaltung der betreffenden Vorkehrungen. Gerade die eben erwähnten Gruppen und Körperschaften sind es, welchen die Einrichtung des Dienstes für erste Hülfe obliegt. Zunächst die Aerzte, deren Beruf es ja ist, erste Hülfe zu leisten. Die Erkenntniss, dass nicht zu jeder Zeit und an jedem Orte, wo ein Unfall oder plötzliche Erkrankung sich ereignet, ein Arzt sofort zur Stelle sein kann, hatte, wie wir gesehen haben, bereits in sehr früher Zeit — besonders zu Zeiten von Epidemien — dahin geführt, für Bereitstellung ärztlicher oder wenigstens einigermaassen sachverständiger Hülfe zu sorgen.

Ich habe oben (S. 570) bereits eine Verordnung über Bereitstellung von Hülfe während der Pest in Wien aus dem Jahre 1681 abgedruckt. Auch in kleineren Städten war ein ärztlicher Dujourdienst hergestellt worden, wie folgende Verfügung aus Stralsund beweist:

Der Stadt Stralsund Eventuale Veranstaltung / Wie man Bey etwa eräugenden contagieusen Krankheiten und hereinbrechenden Pestläufften In der Stadt und bey der Ehrlieb: Bürgerschaft sich zu verhalten habe / Nebst einem beygefügtten Medicinischen Pest- und Praeservations-consilio. Gedruckt durch Seel. Michael Meders Erben. 1710.

#### **Pest-Chirurgi.**

Aus denen hieselbst verhandenen Chirurgis soll Einer / und bey zunehmende Noth / noch ein Ander deren Mittels verordnet und bestellet werden / welche bey

... zu warnen, oder gegen 1831, zur Zeit der Cholera, sich zu einer  
elnden Ausdehnung entwickelt haben, erscheint es nur natürlich,  
en für die Opfer zu treffen, welche „auf dem Schlachtfelde des  
n Lebens“ verunglücken oder plötzlich erkranken. Aber die Vor-  
gen für diese Zwecke in älteren Zeiten müssen uns doch mit  
en erfüllen, besonders diejenigen, welche bei den ersten organi-  
lettungsanstalten der Welt in Amsterdam, ferner in Hamburg,  
London u. s. w. vorhanden waren. Damals bestand, wie auch in  
Zeit die Thatsache, dass zu bestimmten Zeiten, besonders wo  
zte ihre Krankenbesuche ausser dem Hause machten, Hülfe bei  
n schwer zu erreichen war. Besonders also für diese Zeiten er-  
es wünschenswerth, Einrichtungen zu besitzen, welche die An-  
eit oder Hilfsbereitschaft von Personen sicherstellten.

ichst den Aerzten, welche in einer bestimmten Art und Weise an  
nten Plätzen einer Stadt stets zu finden sein müssten, sind für  
richtung des Rettungsdienstes die Krankenhäuser als die Stätten,  
hen von Alters her Hülfe, also auch erste Hülfe, zu erhalten ist.  
acht zu ziehen. Ich habe bereits 1895 in einem Vortrage im  
für innere Medicin hervorgehoben, dass eine gute Regelung des  
zswesns möglich sei, wenn besondere Rettungswachen in den  
nhäusern untergebracht würden. Es ist nicht immer erforderlich,  
ie Helfer sich im Rettungswagen an den bestellten Ort begeben,  
es z. B. meistens bei den Rettungsgesellschaften in Oesterreich-  
und auch in den Nordamerikanischen Städten der Fall ist. Wie  
ahrung lehrt, kommen zahlreiche Fälle in der Rettungspraxis vor,  
ehen sehr einfache Maassnahmen, z. B. Verordnungen bei Besuchen  
ise der Patienten nur erforderlich sind, wo also die Mitnahme von

wird der Arzt verhältnissmässig viel häufiger nach ausserhalb der Station gerufen als da, wo mehrere oder viele Wachen errichtet sind, welche für die Patienten selbst dann leichter erreichbar sind, wenn sie die Stationen aufsuchen. Das gleiche Verhältniss besteht auch beim Transport der Verunglückten. Rückt der Rettungsarzt im Wagen — also meistens in Orten mit einer Centralrettungswache — an, so nimmt oder veranlasst er nöthigenfalls auch die Beförderung der Verletzten in dessen Wohnung oder ins Krankenhaus in dem mitgeführten Rettungswagen. Sind aber mehrere Krankentransportstationen vorhanden, wie z. B. bei der Berliner Rettungsgesellschaft, so können die Patienten sehr häufig schneller an die einzelnen Punkte des ausgedehnten Verletzungsgebietes gelangen, wenn sie durch Vermittlung der Centralstation zur gewünschten Stelle dirigirt werden, während der Arzt sich auf schnellstem Wege zur Unfallstelle begiebt. Es bedingt also die Verschiedenheit jeder Organisation andere Massnahmen, so dass kein Schema als allein richtiges aufzustellen ist, sondern nur allgemeine Grundsätze anzugeben sind.

Wird ein Arzt in einem Ort mit mehreren Rettungswachen zur ersten Hülfe gerufen, ohne zu wissen, wie dies häufig der Fall ist, aus welchem Grunde seine Hülfe erbeten wird, so kann er am besten bei grösserer Entfernung öffentliche Fuhrwerke benutzen, welche Tag und Nacht in den Städten zur Verfügung stehen, und am besten eine kleinere Tasche mitnehmen, in welcher die nothwendigen Behelfsmittel für erste Hülfe bei innerlichen Erkrankungen und Verletzungen vorgesehen sind. Solche Taschen von der Form kleiner Koffer machen äusserlich keinen unangenehmen Eindruck, sind leicht zu ergreifen und enthalten wenigstens so viel Dinge, dass der Helfer die ersten Schritte einleiten und während dieser Zeit nach weiterwendig erscheinenden Dingen aussenden kann. Hat der Arzt Hülfe, was für den Rettungsarzt wohl stets zweckmässig ist, nicht bei der Hand, so muss er aus der nächsten Apotheke, welche heutzutage in den meisten Städten zahlreich vorhanden sind, schnell erforderliche Mittel auch Verbandstoffe zu erhalten suchen.

Ich erachte es für empfehlenswerth, dass jeder Arzt stets ausgerüstet ist, dass er kleinere Nothverbände ohne Weiteres an jedem Orte anlegen kann. Dies hebe ich hervor, da heute nicht mehr die Meinung bestehen scheint, dass jeder Arzt stets mit einem Taschenbesteck ausgerüstet ist. Hat er ausser diesem ein Verbandpäckchen, das leicht unterzubringen ist, so ist er bereits für einen Theil von Fällen etwas gerüstet, auch für die allgemeine Praxis bequem, diese Dinge stets zuführen, nothwendige Verbände oder Nähte sofort anzulegen und dann die Patienten später weiter zu behandeln. Diese Ausrüstung des Arztes ist so leicht, dass die Taschen der Kleidung aufzubewahren, dass sie nicht im Geringsten hinderlich ist. Ausserdem ist es leicht, in der Tasche einen Behälter mit Saltpastillen, welcher aus verschiedenem Material, wie Hartgummi, Cellulose etc. gestellt sein kann, mitzunehmen. Esmarch empfahl noch einen elastischen

zungen zur Technik der ersten Hülfe überhaupt anzuschliessen.

oben hatten wir dargelegt, dass nur eine vorläufige Nothhülfe erteilt werden solle. Hiernach wird auch das Inventar der vorhandenen Einrichtungen, von welchen her der Arzt zur Hülfe herbeigekommen wird, sich richten. Denn wenn er nicht in einem Krankenhause verweilt, wo alle erdenkbaren Einrichtungen für die Behandlung vorhanden sind, so wird er sich an einer Stelle zur Hilfsbereitschaft befinden, welche sonst für die Leistung der ersten Hülfe in Betracht kommen hat, und das sind die Einrichtungen für erste Hülfe, sei es entweder bei den Feuerwehren oder der Polizei etc. untergebracht, also in besonderen, für diesen sanitären Rettungsdienst vorgesehenen Räumen oder in eigenen nur diesem Zweck dienenden Räumen, welche ich wohl als erster den gut Deutschen Namen „Rettungswache“ beilegen habe. Alle anderen sonst vorhandenen Namen sind theilweise Fremdworte, oder sie enthalten nicht genau die Bezeichnung ihres Inhaltes. Zu meiner Befriedigung hat nicht nur die Berliner Rettungsgesellschaft, sondern auch die Gesellschaften in Frankfurt a. M., Stettin etc. diesen Namen angenommen. Die besondere Einrichtung dieser Wachen sowie aller sonst für den Rettungsdienst erforderlichen Geräthschaften werden später erörtert werden.

Unverkennbar hat die sociale Gesetzgebung bedeutenden Einfluss auf die Ausgestaltung des Rettungswesens gehabt, wie oben bei der Wirklichkeit der Berufsgenossenschaften dargelegt worden ist, welche allemehr die Verhütung der Unfälle in den Betrieben sich angelegen lassen. Aber allein entscheidend für die Ausbreitung des Rettungswesens und die Anerkennung von dessen Wichtigkeit ist sie nicht gewesen. Von grossem Einflusse für die Entwicklung von Organisationen für

wesen waren. Unter Anwendung der künstlichen Blutleere konnten Operationen ausgeführt werden, deren Vornahme früher einfach unmöglich gewesen. Entscheidend war aber die Einführung der Antisepsis später der Asepsis, mit deren Hülfe jetzt Wunden, die bereits durch Einwirkung der erregenden Gewalt inficirt waren, wieder gereinigt zur Heilung gebracht werden können. Sehr angreifbar ist daher von dem Vertreter der Berliner Unfallstationen in einem 1894 auf dem internationalen Hygienecongress in Budapest gehaltenen Vortrage aufgestellter Satz: „Ist durch unzweckmässige Maassnahmen und vorgekommene Verunreinigung eine Infection der Wunde erfolgt, so wird es später unmöglich, die Infectionsträger wieder zu entfernen“.

Man hat vielfach gestritten, ob der erste vorläufige Verband anti- oder aseptisch angelegt werden sollte. Man wird wohl den aseptischen Verbänden aus dem Grunde häufig den Vorzug geben, Verletzungen, welche durch Werkzeuge, Maschinengewalt oder durch Ueberfahren hervorgerufen werden, keine reinen Wunden sind, wie durch eine aseptische Operation gesetzt werden, sondern solche, welche meistens Infectionsträger enthalten, deren Wirkung durch den antiseptischen Verband aufgehoben oder gemindert werden kann. Natürlich ist die Umgebung der Wunden nach Möglichkeit aseptisch zu machen, um zu verhüten, dass von da noch neue Keime in die Wunde übertreten, aber Uebrigens wird man mit antiseptischem Verbande auskommen können. Es kann auch wohl ein antiseptisch angelegter vorläufiger Verband liegen bleiben, als ein aseptisch ausgeführter, wengleich für beide der Grundsatz gilt, dass sie nach kürzerer Zeit erneuert werden müssen, um dem endgültigen Verbande Platz zu machen. In einer Anzahl Fällen kleinerer Verletzungen wird sich natürlich der vorläufige Verband von einem endgültigen kaum unterscheiden.

Für die Anwendung der Antisepsis beim ersten Verbande spricht ferner das beim Heere benutzte Verfahren des ersten Verbandes auf dem Schlachtfelde, welches bis jetzt antiseptisch ausgeführt wird. Charcot in Wien giebt gleichfalls dem letzteren den Vorzug.

Für den ersten vorläufigen Verband können Verbandpäckchen benutzt werden, von welchen zahlreiche Abarten jetzt vorliegen. Bei uns hat jeder Soldat ein solches Päckchen im Rockfutter eingenaht. In den einzelnen Nationen ist das gebrauchte Modell verschieden. Für die erste Hülfe im Frieden sind andere Ansprüche zu stellen als im Kriege und daher weichen auch die hierfür angegebenen Päckchen erheblich von jenen ab. Gemeinsam ist bei allen erstrebt, auf möglichst kleinem Raume ein zweckmässiges Verbandmaterial für einen vorläufigen Verband zusammenzubringen. Meistens besteht der Inhalt aus einem Stoffe, welcher auf die Wunde direct gelegt wird, ferner aus einem zweiten z. B. als Bedeckung dieses, einer Binde und Befestigungsnadeln. Das Ganze ist mit einer wasserdichten Umhüllung versehen, welche vielfach auch als zweiter Bedeckungsstoff benutzt wird. Man hat verschiedene Befestigungs-

oder im Päckchen leicht sichtbar angebracht ist.

Das Verbandpäckchen soll nur den Zweck haben, eine Bedeckung der Wunde bis zu deren weiterer Versorgung zu bewirken. Alles

Berühren der Wunde ist zu unterlassen, und daher ist der auf dem bekannten Französischen Päckchen vorhandene Hinweis, die Wunde mit einem Stück des vorhandenen Verbandstoffes abzuwischen, nicht zu beachten zu lassen. Soltsien-Altona und ich haben nun, um die genannten Uebelstände bei den Verbandpäckchen auszuschliessen, angegeben, bei welchen die auch bei dem Preussischen Militärpäckchen benutzte Pressung verwendet ist. Ferner haben wir verschiedene Grössen, und zwar für die einzelnen Körpergegenden angegeben, verfertigen lassen:

No. I: Verband für Gesicht, Finger und Ohren,

No. II: Verband für Kopf, Hals, Hände, Füsse,

No. III: Verband für Arm und Bein,

No. IV: Verband für Brust, Bauch, Rücken.

In den Päckchen vorhandenen Binden sind stets 5 m lang, verschieden breit und zwar 4, 6, 8 und 10 cm, da man nicht mit sonstigen Päckchen vorgesehenen schmalen und zu kurzen Binden, die für kleinere Verbände an Fingern u. s. w. ausreichen, zwecklos Nothverbände um Brust oder Rücken anlegen kann. Die Binden sind, wie im Preussischen Heer, comprimirt, wodurch bedeutende Raumersparniss wird. Ausserdem enthält jedes Päckchen ein Stück Verbandmull, der in eine Lösung von Sublimat 1 : 1000 getränkt und rosa gefärbt ist, so dass die Binden ihre natürliche weisse Farbe haben. Beide Stücke sind in einem Papier eingehüllt, welches durch einen Faden zusammengehalten wird, und durch zwei Sicherheitsnadeln festhält. Beachtenswerth ist die Verarbeit-



teter Form aufgelegte Gaze in viel höherem Maasse, als dichtsammengelegte zur Aufsaugung von etwa aus einer Wunde tretendem Blut geeignet. Die verschiedene Färbung der Binde der Gaze ermöglicht eine leichte Unterscheidung dieser Verbände beim Anlegen des Verbandes. Das Päckchen ist noch im Gaze zusammengepresst, damit es möglichst kleinen Raum einnimmt, dass es leicht auch vom Arzte mitgeführt werden kann.

Neben der roth aufgedruckten Bezeichnung der Körpergegend, welche jedes einzelne Päckchen bestimmt ist, findet sich ausser jedem Päckchen der Vermerk: „Gebrauchsanweisung auf der Innenseite. Diese — natürlich für Nichtärzte bestimmt — lautet:

Inhalt: Sublimat-Krüllgaze (roth gefärbt)  
comprimirte Mullbinde  
Pegamoidhülle  
Sicherheitsnadel.

Anwendung: Man fasse die Krüllgaze mit reinen Fingern an einer beliebigen Stelle und lasse den übrigen Theil derselben zuerst von oben her auf die Wunde fallen. Hierauf bedecke man die Krüllgaze mit der Innenseite der Pegamoidhülle und befestige beides mit der Binde.

Regel: 1) Vor dem Anlegen des Verbandes sind die Hände mit Seife gründlich zu reinigen.  
2) Eine Wunde darf nicht mit den Fingern berührt werden.

Sind Aerzte mit diesen genannten Stücken versehen, so sind sie für den Nothbedarf gerüstet. Zur ständigen Ausstattung des Arztes gehört ferner eine Unterhautspritze, weil der Arzt jederzeit in der Lage ist, Unterhauteinspritzungen in Fällen ausführen zu müssen, zu welchen er unvorbereitet kommt. Es kann dies sich ferner bei Patienten ereignen, welche der Arzt bereits längere Zeit besucht, und zu welchen irgend ein Umstand an einem Tage eine Einspritzung heisst. Von medicamentösen Stoffen für die erste Hülfe beziehungsweise den täglichen Gebrauch kommen hauptsächlich in Betracht sehr wirksame, blutstillende, belebende und ferner Diphtherieheilserum. Die ersteren sind besonders Morphinum und Cocain in Bereitschaft zu halten, für die Blutstillung kommt Ergotin in Frage, und für die Belebung Aether und Kamphor vorzüglich in der Form von Schwefeläther mit Kamphoröl zu gleichen Theilen. Alle diese Mittel sind in längerer Zeit in zugeschmolzenen kleinen Glasröhrchen in bestimmten Gaben vorrätig, sodass vor dem Gebrauche nur die Spitze des Röhrchens abbrechen ist, um den Inhalt direct in die Spritze aufzusaugen. Ferner hat man seit längerer Zeit Morphinum in kleinen gepressten Tabletten vorrätig gehalten, um mit gekochtem Wasser die Herstellung einer Lösung zur Einspritzung zu ermöglichen. Letzteres Verfahren scheint umständlicher als das erste.

Bestehen in einer Stadt besondere Vorkehrungen für die erste Hülfe, so kann der diensthabende Arzt ebenfalls mit diesen einfachen

en von v. Oettingen, Assistenten an der chirurgischen Universitätsklinik zu Berlin, zusammengestellten Kasten zu erwähnen, welcher als zum Mitnehmen für den Arzt ausserhalb des Hauses oder einer Wohnung bestimmt ist. In diesem Kasten ist in recht glücklicher Weise die gesamte Ausrüstung ohne weitere durch Zwischenwände hergestellte Abtheilungen untergebracht. In einen grösseren Metallbehälter sind zunächst zwei Metallkästen eingestellt, von welchen der eine sterilisirte Verbandstoffe in reichlicher Menge enthält, während der andere die für erste Nothleistungen erforderlichen Gegenstände, wie Mundsperrer, Geräthe zum Stillen des Blutverlustes, Blutstillung, Unterhautspritze u. s. w. birgt. Unter dem Kasten befindet sich ein umfangreiches chirurgisches Besteck, und die beiden grossen Kästen durch einen runden Behälter für Wattebäusche festgehalten werden. Zur Befestigung dienen um den Behälter umgelegte dreieckige Tücher, so dass diese Gegenstände während des Transportes keine weitere Eintheilung im Kasten einbringen lassen. Nur im unteren Theil ist in ganzer Länge des Kastens ein schmaler herausnehmbarer Einsatz vorhanden, welcher zwei Flaschen sowie einige andere Verbandsgegenstände, Gazebinden, Sublimatpastillen enthält. In diesen beiden Theilen sind Chloroform und Aether enthalten, sonst sind alle Flaschen mit Flüssigkeiten fortgelassen, da dieselben beim Transport des Kastens durch Stöße zerbrechen können. Nach v. Bergmann sind Flaschen mit Flüssigkeiten so viel als möglich vom Inhalte mitnehmbarer Kästen auszuschliessen.

Bei der technischen Ausrüstung der Wachen bzw. der wachhabenden Aerzte ist noch die Hülfe bei Vergiftungen zu berücksichtigen. Für diesen Zweck sind in einzelnen Städten ganz brauchbare Geräthschaften vorhanden. Wohl der vollständigste Apparat ist von Liebreich auf Veranlassung für die Berliner Rettungsgesellschaft für die inter-

immer sehr angenehm ist, erspart, während andererseits Schmerzen sie durch sie vermieden werden.

In neuerer Zeit ist der Sauerstoff in verdichteter Form für bestimmte Fälle von Kohlenoxydvergiftung sowie bei aus anderen Gründen Bewusstlosen mit Erfolg angewendet worden. Ganz hervorragend scheint sich seine Benutzung für Fälle von „Rauchvergiftung“ zu eignen, welche vielfach bei Brandunglücksfällen sowohl bei Feuerwehrmännern als bei Personen, welche längere Zeit in qualmerfüllten Räumen zugebracht haben, vorkommen. Zur Erleichterung des Aufenthalts von Retter in solchen Räumen und in Bergwerken nach Katastrophen ist der Sauerstoff erfolgreich verwendet worden. —

Es hat also, wie oben bemerkt, die Einrichtung des ärztlichen Wachdienstes thunlichst in der Weise zu erfolgen, dass zunächst die in einem Orte vorhandenen Aerzte, sei es durch einen bestehenden (Stettin, München) oder für diesen Zweck begründeten Verein (Berlin, Frankfurt a. M.) Anschluss an die vorhandenen Einrichtungen für Krankenversorgung und Dienst für erste Hülfe organisiren, also in den überall in grösseren Städten bestehenden Krankenhäusern oder Kliniken, wo zweckmässige eigene Räume hierfür bereitgestellt werden.

Ausser den öffentlichen Hospitälern sind die Feuerwachen in einer ausgezeichneten Weise geeignet, die Rettungswachen aufzunehmen. Auch hier kann die Einrichtung in verschiedener Weise erfolgen. Es werden Räume als Rettungswachen eingerichtet, und entweder werden, wie dies in manchen Städten üblich ist, nur in der ersten Hülfe ausgebildete Mannschaften der Feuerwehr verwendet, welche in der Wache Verbandsanlegen und zu einem Unfall wie zu einem Brande ausrücken. In schweren Fällen für ärztliche Hülfe sorgen und die Ueberführung der Patienten in seine Wohnung oder in ein Krankenhaus bewirken, oder wird in den Feuerwachen ein besonderer von Aerzten besorgter Wachdienst eingerichtet, bei welchem wenn erforderlich die Aerzte, gleichwie die Feuerwehrmänner zu einem Brande, ausfahren.

Wo bereits freiwillige Vereinigungen bestehen, welche Vorkehrungen für erste Hülfe eingerichtet haben, müssen sie, falls dies noch nicht geschehen, mit der genannten Vertretung der Aerzte in Beziehung treten. In Berlin, wo eine grössere Zahl von Aerztereinen besteht, ist die Versuch als ein gelungener anzusehen, indem ein besonderer „Aerzverein der Berliner Rettungsgesellschaft“ den ärztlichen Dienst in den Rettungswachen dieser Gesellschaft zu organisiren hat.

Es muss die Gesamtheit der Aerzte an dem Rettungsdienste theiligt werden. Dieser stellt eine besondere Bethätigung der Aerzte in humanitären Gebieten dar, für welche alle Aerzte stets einzutreten bereit sind. Die Anstellung einiger Aerzte für den Rettungsdienst könnte den Anschein erwecken, als wenn nur diese bereit wären, sich in den Dienst dieser grossen Aufgabe zu stellen. Ausserdem aber ist die Theilnahme der Gesamtheit der Aerzte am Rettungsdienste wichtig, weil sonst die Mehrzahl der Aerzte die Gelegenheit entzogen wird, sich in genügender

der Aerzte grossen Schaden in seiner Berufsausübung erleidet.

Die Betheiligung aller sich zum Wachtdienst bereit erklärenden hat für das Publikum noch einen grossen Vortheil in Fällen von Epidemien, für welche auch ein Dienst von Aerzten von ganz besonderer Wichtigkeit ist, welcher auch, wie die oben angeführten Verhältnisse aus den Epidemien beweisen, schon lange anerkannt wurde. Wenn auch möglichst viele Aerzte in den einzelnen Stadttheilen sich am Wachtdienst betheiligen, besonders diejenigen, welche die hygienischen Verhältnisse der betreffenden Bezirke genau kennen, so wird hierdurch ein grosser Nutzen für die öffentliche Gesundheit und damit für das Allgemeinwohl entstehen. Sind dagegen einige Aerzte fest angestellt, welche über einige Assistenten verfügen, so werden besonders letztere durch solche Kenntnisse der örtlichen Verhältnisse haben, welche für eine entsprechende Anordnung und Durchführung hygienischer Massnahmen unentbehrlich sind.

So wird durch Schaffung eines Rettungswesens mit Dujourdienst auch sich bereit erklärenden Aerzte ein gut organisirter Sanitätsdienst für die Bekämpfung von Epidemien hergestellt. Also auch aus diesem Grunde wird sich die Anstellung einiger weniger Aerzte für die Ausübung des Rettungsdienstes nicht empfehlen.

Ausser diesen genannten ideellen Schädigungen, durch welche die Ausbildung der Aerzte beeinträchtigt wird, erwächst weiter dem ärztlichen Stande bei Nichtbetheiligung der Gesammtheit der Aerzte am Wachtdienst noch ein materieller Nachtheil, welcher für das Publikum belanglos ist. Der Aerztestand hat heutzutage eine weit über den Rahmen der Behandlung des Einzelindividuums hinausgehende Auf-

Ihm liegt die Verhütung der Entstehung von Krankheiten nicht bei einzelnen Personen, sondern auch bei deren engerer und

thätig werden können. Daher hat auch letztere ein Interesse dass die berechtigten Interessen des ärztlichen Standes nicht irgend welche Einrichtungen geschädigt werden, welche, wie d spiele in verschiedenen Städten zeigen, ohne jeden Schaden 1 Patienten unter Wahrung der Interessen aller Beteiligten her werden können.

Von grosser Wichtigkeit für ein Rettungswesen ist die Unterbr Bewusstloser. Besonders sind die durch übermässigen Alkohob Bewusstlosen zu berücksichtigen, welche vom ärztlichen Stand stets als Erkrankte anzusehen sind, welche keineswegs auf die l wachen gehören, wo sie ihren Rausch ausschlafen sollen. Man ha in den meisten Städten jetzt diesen Standpunkt verlassen, und a Behörden selbst und ihre ausübenden Organe entledigen sich gern Gäste, besonders weil sie mit Recht sich nicht für competent ha entscheiden, ob ein Bewusstloser betrunken oder von einer ander krankung betroffen ist. Am besten wäre es, wenn die öffer Hospitäler selbst Einrichtungen hätten, die Bewusstlosen aufzun damit dann gleich dort entschieden werden kann, ob der Betr wieder nach einiger Zeit zu entlassen ist oder weiter im H bleiben muss. Es ist nicht ganz einfach, in bestehenden Krankent Einrichtungen zu treffen, um Bewusstlose, besonders Betrunkene, nehmen, da hierdurch hauptsächlich in der Nacht durch den von verursachten Lärm erhebliche Störungen für die anderen Krank ursacht werden. Aber einzurichten ist es auch in diesen, und vor könnte beim Neubau von Hospitälern die Erlaubniss davon abhän macht werden, dass Räume für Rettungswachen und Bewusstlose gestellt werden, welchen die Patienten ohne Weiteres zugeführt können. Man hat hiergegen geltend gemacht, dass dadurch ei mehrung der Zahl der Fälle von Trunkenheit bewirkt werden l Dagegen spricht jedoch der Umstand, dass z. B. in Budapest, Flügel der Centralstation für die Aufnahme von Bewusstlose gerichtet ist, eine Vermehrung der Fälle von Trunkenheit nie getreten ist. Man könnte auch die Einrichtung treffen, dass Pe welche in kurzen Zwischenräumen hintereinander wegen Trunkenh Aufnahme gebracht würden, nicht wieder aufgenommen, sond Trinkerheilanstalten untergebracht würden. Auf diese Weise wü grosser socialer Nutzen gestiftet werden.

In den Hospitälern sind stets Aerzte für die Behandlung glückter und plötzlich Erkrankter verfügbar. Auch die Ausüb Rettungsdienstes ausserhalb des Krankenhauses ist unschwer einzur In grösseren Krankenhäusern, welche über freiwillige Hilfskräfte, Vo ärzte, verfügen, kann neben dem diensthabenden Arzte, welcher das Krankenhaus zur ersten Hilfsleistung kommenden Patienten sorgt, ein Arzt aus der Zahl der letzteren oder auch einer ( grösserer Zahl vorhandenen Hilfsärzte den Dienst ausserhalb des Kr hauses wahrnehmen. In kleineren Krankenanstalten, welche nur

swachen herzurichten, da die Diensträume dieser Wachen sich als Verbandstationen eignen. Hier wäre der Dienst so zu organisiren, dass von den ausgebildeten Mannschaften der Polizei eine vor- und rückwärtige Versorgung ausgeführt und gleichzeitig für Herbeischaffung ärztlicher Hülfe gesorgt wird. Dies kann, wenn die Wachen mit einer station in directer Verbindung sind, unschwer erreicht werden, und falls nöthig können die erforderlichen Beförderungsmittel durch Verleihung der Polizeiwachen auf dem genannten Wege besorgt werden. Der Arzt kann für einen ärztlichen Wachtdienst durch Vereinbarung mit dem Aerzten des Ortes gesorgt werden.

Wenn nun in den einzelnen Städten die Lage der Krankenhäuser bei der Errichtung nach verschiedenen Grundsätzen und nach der überall verschiedenen Entwicklung des Gemeinwesens erfolgt ist, sind diese doch überall so gelegen, dass sie dem Bedürfnisse, ärztliche Hülfe von der Wache in möglichst gleichmässiger Weise nach allen Richtungen zu leisten, genügend entsprechen können. Da ferner die Polizei- und Feuerwachen gleichfalls nicht immer zur Aufnahme von Rettungswachen eingerichtet sind, empfiehlt sich in solchen Fällen die Gründung eigener Rettungswachen, in welchen zunächst ärztlicher Dienst eingerichtet werden muss. Die Grundsätze, nach welchen dies zu erfolgen hat, sind dargelegt worden. Es sind, wie dies z. B. in München geschehen, Verhandlungen mit den Aerzten bezüglich der Theilnahme an dem Dienste und Einrichtung des Dienstes vollkommen zu regeln, bevor der Oeffentlichkeit in Anspruch genommen wird. Dem betreffenden Verein ist die Sorge für die Besetzung des Dienstes zu übertragen, und auch eine Regelung von etwaigen Beschwerden auf collegialem Wege ermöglicht ist. Der abwechselnde collegiale Dienst kann auch wie bisher hergestellt werden, indem die Aerzte Mitglieder der Rettungs-

reichen Stationen nicht durchführbar und auch nicht erforderlich. Wird der Arzt nach aussen zur Hilfsleistung abgerufen, so muss vorher für Anwesenheit eines anderen Arztes in der Wache sorgen, gewöhnlich besondere Dienstanweisungen vorhanden sind.

Während der Tagesdienst der Aerzte so stattfindet, dass in festgesetzten Zeitabschnitten des Tages die Aerzte wechseln, ist für Nachtdienst gleichfalls abwechselnd immer ein Arzt während einer Nacht im Dienst. Der Dienstplan für die Wachen wird zweckmässig wohl vierteljährlich von den Obmännern nach Berathung mit den thuetenden Aerzten bestimmt. Es ist sicher am besten, dass der sich in der Wache befindet, wenngleich das System, bei welchem Aerzte während ihres Wachtdienstes sich zu Hause aufhalten und Hilfsleistung von der Wache aus auf diese oder an die Unfälle bestellt werden, in Leipzig sich gut bewährt. Solche als Aerzte wachweise angelegten Wachen waren früher auch in Gestalt einzelner Wachtwachen in Berlin vorhanden. Pistor meint über solche Wachen: „Mir erwecken alle jene Wachräume, welche ärztliche Hülfe nach dem Verdacht, dass Privatinteressen im Spiele sind, sobald lediglich ein oder zwei Aerzte zum steten Dienst auf den Ruf des betreffenden Dieners bereit sind.“ Allerdings spricht Pistor hier vom Nachtdienst, nur ein oder zwei in Bereitschaft befindlichen Aerzten. In Leipzig besteht insofern ein abgeändertes und verbessertes System, als eine grössere Zahl in der Nähe der Wachen wohnender Aerzte mit ihren Wachen eigene Fernsprechverbindungen besitzt, so dass im kommenden Falls der zur Zeit diensthabende Arzt schleunigst erreicht werden kann.

Die Lage der Rettungswachen werde möglichst günstig gewählt, so dass sie leicht erreichbar sind. Sie sind hauptsächlich in Gegenden, wo viele grosse Betriebe sind oder auch in der Nähe von verkehrsreichen Plätzen anzulegen. Es eignen sich auch ausser den gewöhnlichen Polizei- und Feuerwachen öffentliche Gebäude, Rathhaus, Eisenbahnstationen, Markthallen zur Beherbergung von Rettungswachen, da durch den ständigen Verkehr an diesen Orten die Lage der Wache gut bekannt wird. Für die Sorge zu tragen, ist eine wesentliche Aufgabe der Leitung, dass die Wachen dem Publikum so bekannt sein, dass im Bedarfsfall nicht erst lange gesucht wird, sondern jeder Einzelne sogleich die Lage ist, sowohl für sich selbst oder für Andere die Hülfe der Wache in Anspruch zu nehmen. Es darf daher an Bekanntmachung der Wachen nicht fehlen, nur müssen sich diese im Rahmen einer gewissen Beschränkung halten. Anschläge der Rettungswachen sind wie bei den Feuerwachen in den Fluren der nächstgelegenen Häuser wohl angebracht, auch können an den Anschlagssäulen die Wachen bezeichnet werden. An öffentlichen Plätzen hat man in Berlin Candelaber mit transparenten Laternen aufgestellt, welche auf die Rettungswachen in besonders deutlicher Weise hinweisen.

In grösseren Städten, wo die Miethspreise theuer zu sein pflegen,

die Wachen auch in Nebenstrassen in der Nähe von bedeutenden Plätzen oder verkehrsreichen Plätzen untergebracht werden.

Die Wachen selbst sollen möglichst zu ebener Erde gelegen sein, Schwerverletzte oder Bewusstlose ohne Schwierigkeit in dieselben gebracht werden können. Der Eingang sei sowohl von der Strasse als von der Flur zu erreichen, da in einzelnen Fällen der eine, in anderen der andere Eingang besser zur Benutzung sich eignet. Wenn möglich soll der Flureingang in einen anderen Raum münden als der Strasseneingang, durch den Eingang von vorn ein Kranker hineingebracht werden während durch den Flureingang ein eben versorgter Patient die Wache verlässt.

Jede Rettungswache muss über mehrere Räume verfügen, von denen einer als Verbandraum, einer als Warteraum und ein dritter Aufenthaltsraum für den Arzt dient. Weiter vorzusehen wäre ein Zimmer, in welchem Bewusstlose und auch Kranke oder Verletzte, welche sonst der Erholung bedürfen, sich aufhalten können, eine Stube für den Wärter. Das Zimmer des Arztes oder auch die Wartestube kann gleichzeitig als Kanzlei benutzt werden. Vielfach ist die Zahl der eben erwähnten Räume je nach den vorhandenen Mitteln auch je nach den gerade in dem gewünschten Hause zur Verfügung stehenden Räumen eingeschränkt werden. Erforderlich unter allen Umständen sind mindestens zwei Zimmer, wenn irgend zugänglich, drei. Sehr massig ist es natürlich, wenn die Krankentransportmittel gleich bei den Wachen bereit stehen, was allerdings, wenn eine grosse Zahl von Wachen vorhanden, wie z. B. in Berlin, mit nicht geringen Schwierigkeiten und Kosten verbunden ist. Denn wenn bei jeder Wache zwei oder drei Wagen mit den erforderlichen Pferden und Bedienungsmännern vorhanden sind, so werden die Kosten hierfür unverhältnissmässig grosse werden, da mit nicht viel Aufwendung mehr eine Krankentransportstation mit sechs Wagen und Pferden und Bedienung errichtet werden kann, welche dann von mehreren Wachen in Anspruch genommen werden kann. Mit anderen Worten, die Einrichtung von zwei Stationen mit je drei Wagen kostet nicht ebenso viel als die Einrichtung von einer Station mit sechs Wagen. Es besteht daher ein grosser Unterschied auch bezug auf die Ausführung des Rettungsdienstes, wie oben dargelegt, zwischen Städten wie Wien und Budapest, wo eine einzige Centralstation als Verband- und Transportstätte vorhanden ist, also die Krankentransportmittel gleich bei der Station eingestellt sind, und einer Stadt wie Berlin, welche über eine allerdings übergrosse Zahl von eigentlich 46 Stätten für erste ärztliche Hülfe verfügt.

An dieser Stelle sind die im vorigen Aufsätze von mir näher bezeichneten Krankentransportstationen zu erwähnen, welche in einer Stadt, welche mehrere Krankenhäuser hat, an verschiedenen Stellen vertheilt mit einigen Mitteln zur ersten Hülfe ausgerüstet, auch als Rettungswachen benutzt werden können. Die Transportstationen müssen eine gewisse Zahl von Wagen mit Kutschern und Begleitmannschaft und



Pferden enthalten. Für sechs Wagen dürften vier bis fünf genügen, jedoch richtet sich dies vielfach nach individuellen Verhältnissen und auch nach den vorhandenen Mitteln.

Die Wärter sollen niemals selbstständig d. h. ohne Aufsicht der Aerzten Verletzten Hülfe leisten, — mit Ausnahme von Fällen gefährlicher Zustände (Blutungen, Erstickung) — wenngleich an dieser Hinsicht in den einzelnen Städten hiervon abweichende Einrichtungen, wie z. B. in Leipzig, wie wir nachher sehen werden, bestehen.

Bezüglich der Anzahl der Wärter auf den Wachen gilt Aehnliches wie von den Aerzten. Sie dürfen ferner die Wachen nur auf dringende Veranlassung verlassen, so dass ständig mindestens ein Wärter auf der Wache vorhanden ist. Die Wärter müssen in bestimmte Räume zur Erholung abgelöst werden.

Für die innere Einrichtung der Wache muss der Grundsatz maassgebend sein, dass alle vorhandenen Gegenstände leicht ge- beziehungsweise desinficirt werden können, was gerade hier in Maassse erforderlich ist, wo täglich viele Menschen Tag und Nacht verkehren.

Es müssen also die Räume selbst, die Wände, Fussböden, Thür- und Fensterrahmen, mit leicht waschbarem Anstrich versehen sein. Für den Fussboden empfiehlt sich auch Bedeckung mit Linoleum. Ausserdem ist für gute Lüftungseinrichtungen, Vorkehrungen für gute Beleuchtung, Wasserleitung, Einrichtung zur schnellen Ent- fernung von Wasser für verschiedene Zwecke durch Gas Sorge zu tragen. Es muss nicht nur das Verbandzimmer selbst, sondern auch die übrigen Räume in dieser Weise herzustellen, um ergiebige Reinigungen mit Wasser und Seife vornehmen zu können.

Die für den Rettungsdienst direct erforderliche Einrichtung soll möglichst einfach sein, wenngleich andererseits nichts fehlen soll, was bei ersten Hülfsleistungen in Betracht kommen könnte. Etwas allerdings die Anforderungen nach dieser Richtung sehr verschärfen, immerhin ist auch hierfür allgemein gültige Regeln aufzustellen worden. Im Grossen und Ganzen ist ein Verbandraum in einer Re- ceptionswache wie ein solcher in einer Klinik im Kleinen auszustatten.

Die bereitstehenden Mittel werden in vielen Fällen den Anforderungen entsprechen müssen. Ein einfacher Verbandtisch, Stuhl für Instrumente, Verbandstoffe, Sterilisationsapparat für letztere u. s. w., Instrumente, Spei- und Uringläser, Gefässe für verbrauchte Verbandstoffe werden als Geräthschaften genügen. Das Instrumentarium muss die erforderlichen Werkzeuge enthalten. Vorsicht ist mit der Anschaffung von Kautschukgeräthschaften nothwendig, da dieselben bei längerem Nichtgebrauch schnell verderben. Kästen mit Inhalt zur Mitnahme für Hülfsleistung nach aussen, zur Hülfe bei Vergiftungen und Sauer- gasapparate sind nicht zu entbehren. Einfache Trag- und Fahrbahren bereit zu halten. Gewöhnlich stellt sich nach Anschaffung der ersten Dinge beim Betriebe der Wache bald heraus, was noch fehlt.

Die Zahl und Art der Ausrüstungsgegenstände einer Rettungswache **stet** sich nicht nur nach den vorhandenen Mitteln, sondern auch nach **n** vorhandenen Bedürfniss, welches aus den vorhandenen Unfallstatistiken sehr schwer zu ermessen ist. Denn diese enthalten meistens die **al** der in Betrieben bei der Arbeit Verletzten, während die Zahl der **serhalb** der Arbeit Verunglückten vollkommen fehlt. Und doch ist **e** Zahl keineswegs klein, wie jeder Familienarzt und Hausarzt bezeugen **on**, welchem die Behandlung dieser Fälle zumeist zufällt, und welcher **ch** noch immer trotz aller bestehenden Rettungsstationen zur rechten **it** bei seinen Pflegebefohlenen zur Hülfe erscheint. Die Zahl **rechtzeitig** von den Aerzten, ohne Zuhülfenahme von Rettungs-, **itätswachen**, Unfallstationen, mit erster Hülfe versorgten Patienten in **er** Stadt ist überhaupt eine so gewaltige, dass dagegen die Zahlen **r** Fälle von Hilfsleistungen der vorhandenen Rettungseinrichtungen **schwinden** müssen. Selbstverständlich giebt es keine Statistik über **jenigen** zahllosen Fälle, in welchen der Arzt rechtzeitig zu einem **tienten** kommt. Es werden nur diejenigen Fälle Gegenstand auch **weilen** öffentlicher Angriffe auf den Aerztestand in der Tagespresse, **ein** Arzt nicht sofort aufzufinden oder nicht in seiner Behausung **wesend** gewesen. Eine vollständige Unfallstatistik überhaupt zu **fern**, ist unmöglich.

Die Ausstattung der weiteren Räume der Wache wird sich der **songen** des Verbandzimmers in Bezug auf Reichhaltigkeit je nach den **handenen** Mitteln anschliessen. Das Arztzimmer ist einfach zu halten, **ja** immer zu bedenken ist, dass es nur vorübergehendem Aufenthalte **n** höchstens der Ausdehnung einer Nacht dienen soll. Natürlich muss **bei** für eine gewisse Bequemlichkeit gesorgt sein. Gleichfalls sehr **fach** ist das Wärterzimmer zu gestalten, welches eigentlich nur in der **echt** zu benutzen ist, da am Tage der Wärter im Wachtzimmer sich **halten** kann.

Der Warteraum kann gleichzeitig als Kanzleiraum dienen und die **rsprechapparate** aufnehmen, falls diese nicht im Arztzimmer **an-**  
**bracht** werden. Die Dienst- und Wachtbücher sind sehr genau zu **hren**. Es ist der Name eines jeden diensthabenden Arztes und Wä-  
**rs**, sowie Angabe der Zeit, in welcher er Dienst thut, ferner im Wacht-  
**ch** genau der Name, Stand, Alter, Geschlecht der Hilfesuchenden,  
**ezeichnung** der Zeit und des Tages, sowie Angaben über die Art der  
**erunglückung** und der Verletzung aufzuführen, da besonders letztere  
**owohl** für gerichtliche Zwecke, als auch für die Begutachtung für die  
**berufsgenossenschaften** Verwerthung finden können.

Ausser diesen Räumen muss jede Rettungswache über ein Closet **erfügen** oder ein solches wenigstens in unmittelbarer Nähe haben. **Wenn** angängig, ist auch ein Baderaum vorzusehen, welcher in vielen **Fällen**, bei Patienten mit ausgedehnten Verbrennungen, Bewusstlosen, **Nutzen** haben kann.

Bezüglich der Hilfsleistung seitens der Wachen ist der in den

Satzungen fast aller Rettungsvereinigungen ausgesprochene Grundsatz befolgen, dass stets nur erst- und einmalige Hülfe auf den Wachen geleistet, und die Hülfe niemals von der Bezahlung abhängig gemacht werden darf. Jedoch sind Bemittelte zur Zahlung für die Hilfsleistung heranzuziehen. Die Hülfe ist inner- und ausserhalb der Wachen at nur in dringenden Fällen zu leisten. Irgend welche Weiterbehandlung oder Privatpraxis auf den Wachen auszuüben, ist streng untersagt. Die Wache ist nur für den Rettungsdienst bestimmt.

Diese Forderung ist aus dem Grunde wichtig, weil es geschieht, dass die Rettungswachen entgegen ihrer eigentlichen Bestimmung von Kranken aller Art in Anspruch genommen werden, bei denen eilige Hülfe nicht erforderlich ist, so dass hierdurch möglicher Weise, wenn ein dringender Ruf nach aussen an die Wache ergeht, der dienstthuende Arzt behindert ist, so schnell als es nothwendig ist, zur Hülfe zu eilen. Es geschieht häufig, dass Hülfesuchende auch in nicht dringlichen Fällen, in denen vielfach irrigen Voraussetzung, einen Arzt nicht schnell genug zu erreichen, hierum gar nicht bemühen, sondern sogleich auch in Zeiten, wo die Aerzte gewöhnlich zu Hause sind, die Hülfe der Wachen in Anspruch nehmen. Die steigende Benutzung der Wachen ist nicht etwa ohne Weiteres ein Beweis für die Zunahme der Unfälle, als der Gewöhnung des Publikums an die getroffenen Einrichtungen.

Durch diesen Missbrauch werden ferner den Aerzten die bereits oben geschilderten Schädigungen zugefügt, welche nicht ohne nachtheiligen Einfluss für die Allgemeinheit sind.

Bezüglich der Weiterbehandlung der Patienten auf den Wachen wurde bereits oben gesprochen. Sie darf, wie dies auf verschiedenen Samaritercongressen ausgesprochen worden ist, niemals erfolgen. Es verlieren sonst die Rettungswachen ihren Charakter als Stätten für erste Hülfe und werden zu Polikliniken oder Ambulatorien, deren Vermehrung nicht erstrebenswerth erscheint.

Neben den genannten behördlichen Einrichtungen der Krankenversorgung, an welche die Rettungswachen angegliedert oder durch welche sie erhalten werden können, sind die erwähnten freiwilligen Vereinigungen geeignet, das Rettungswerk einzurichten.

Die Vereine vom Rothen Kreuz haben, wie bereits hervorgehoben, ein grosses Interesse an der Herstellung des Rettungsdienstes im Frieden, die Samaritervereine haben diese Aufgabe jetzt in verschiedenen Städten als erweiterten Plan ihrer Thätigkeit aufgenommen, welche sie zuerst nicht in demselben enthalten war. Bahnbrechend nach dieser Richtung ist Assmus bei der Begründung des Leipziger Samaritervereins vorgegangen, indem er sofort die Einrichtung von Sanitätswachen in Leipzig betrieb.

Die Rettungsgesellschaften, welche in zahlreichen Städten jetzt bestehen, sind keineswegs in übereinstimmender Weise eingerichtet, sondern wohl fast in jeder Stadt, wo sie vorhanden sind, ist ihre Einrichtung verschieden, wie sich dies leicht aus der geschichtlichen Entwicklung einer

ungen vorläufig noch nicht zu einmüthigem Handeln sich zu-  
angeschlossen.

Am besten können Rettungsgesellschaften alle Factoren, welche für  
Rettungswesen in Frage kommen, zu gemeinsamem Thun vereinigen  
in einen Mittelpunkt für die Wirksamkeit auf dem Gebiete der ersten  
Hilfe schaffen. Ein schönes Beispiel bildet die Berliner Rettungsgesell-  
schaft, welche für die Centralisirung der Krankenhäuser, des Kranken-  
transportes und der ärztlichen Hülfe in Berlin gesorgt hat. Wenngleich  
andere Vereinigungen, welche in Berlin gleichfalls das Rettungswerk  
betreiben, sich ihr noch nicht angeschlossen haben, so zeigt doch die Ein-  
richtung der Gesellschaft, in welcher Weise ein gut functionirendes Rettungs-  
werk in einer Grossstadt unter Wahrung der berechtigten Interessen aller  
Theile herzustellen ist.

Alle die genannten Personen und Vereinigungen die Organisation,  
Einrichtung und Thätigkeit im Rettungsdienst herzustellen, so sind für die  
gute Erhaltung des Rettungswesens besonders die Behörden heran-  
zuziehen.

Historiker definirt die Pflichten der Sanitätspolizei folgendermaassen:

Der Staat als die Vereinigung aller Gemeinwesen geringerer Ordnung (Pro-  
vinzen, Bezirke, Kreise, Aemter, Gemeinden etc.) unter einer Verwaltung zur Förde-  
rung gemeinsamer Interessen hat die Pflicht, dafür zu sorgen, dass die öffentliche  
Wohlfahrt des Einzelnen möglichst gesichert und begünstigt werde. Zu  
wesentlichsten Bedingungen jener allgemeinen wie persönlichen Wohlfahrt gehört  
Herstellung gesundheitsgemässer, die Beseitigung gesundheitswidriger Verhältnisse  
Sicherung und Erhaltung der Volksgesundheit sowie Mehrung der Volkswehrkraft  
des Volkswohlstandes; diesen Theil der staatlichen Fürsorge nennt man die  
öffentliche Gesundheitspflege und deren Ueberwachung Sanitätspolizei“.

Vor mehr als 100 Jahre vorher schrieb Johann Peter Frank in seinem

welchem sie untergeordnet sind, unterliegen mögen. Seltsam genug, dass unserem Geschlechte täglich unentbehrlichere Wissenschaft noch bis in unsere einen so geringen Umfang behielt, nur hier und dort stückweis, von Niemand, aber, soviel ich weiss, systematisch behandelt worden ist; — vielleicht weil etwas spät angefangen hat, den Werth eines Menschen und die Vortheile der Rettung zu berechnen, und weil diese Berechnungen erst zu den menschenfreundlichen Betrachtungen der Ursachen Anlass gegeben haben, welchen man die von manchen Gegenden beklagte Abnahme unseres Geschlechtes allenfalls zuzuschreiben

Vielfach haben die Behörden den Rettungsdienst selbstständig die ihnen unterstehenden Organe eingerichtet. In fast allen Orten, wo freiwillige Rettungseinrichtungen vorhanden, werden diesen Behörden materiell unterstützt. Ferner sind zur Erhaltung des Rettungswesens die Vereine vom Rothen Kreuz, die Berufsgenossenschaften, Krankenkassen, privaten Versicherungsgesellschaften etc. hinzuzuziehen, da für sie diese Einrichtungen von grosser Bedeutung sind, welche wir oben gewürdigt haben.

Noch ein Wort über das Krankentransportwesen. Ich erwähne wohl zuerst und, ich kann wohl sagen, am intensivsten auf die Bedeutung des Krankentransportwesens besonders für die Organisation des Rettungswesens hingewiesen und oben auch einiges darüber gesagt.

Die Vorkehrungen für das Krankentransportwesen sind in zweckmässiger Weise für das Rettungswesen dienstbar zu machen. Es ist natürlich nicht die Wagen zur Beförderung der ansteckenden Krankheiten ohne Weiteres für andere Patienten mitbenutzt werden, d. h. es müssen die Wagen und das Personal, welches jene Transporte begleitet, von den anderen sorgsam geschieden werden, aber die Meldung der Transporte sowie die Bespannung der Wagen können sehr wohl gemeinschaftlich sein, d. h. von einer Stelle aus besorgt werden. Allerdings sind besondere Anforderungen für die Transporte von Verunglückten andere als für die Beförderung von ansteckenden oder innerlich Kranken, wie im vorangehenden Aufsatz geschildert.

Für die Beförderung der Verunglückten müssen genügende Vorkehrungen getroffen sein, und wenn auch in verschiedenen Städten sich diese Verhältnisse bedeutend gebessert haben, so muss doch anerkannt werden, dass noch viel zu thun übrig bleibt. In verschiedenen Städten sind Tragbahnen zum Gebrauche für Jedermann an verschiedenen Stellen der Stadt aufgestellt. Selbst in alter Zeit waren in Hanau die Tragkörbe für Beförderung Ertrunkener an bestimmten Stellen vorgebracht. v. Mundy hielt es sogar für rathsam, dass in jedem Hause eine Trage aufgestellt würde. Grosse Vorkehrungen würden hier sicherlich nicht erforderlich sein, denn eine Trage in jedem Hause anzubringen, dass sie leicht erreichbar, wäre nicht schwierig. Es ist dann bei jedem schweren Unfälle Gelegenheit, den Verunglückten schnell zu sachgemässer Versorgung fortzubringen.

Wie wichtig und auch wie als einzige Hilfsleistung bisweilen die Beförderung anzuwenden ist, beweist z. B. die Versorgung von Perso-

an epileptischen Anfällen leiden und von diesen auf der Strasse werden. Hier ist nichts weiter erforderlich, als den Patienten Gewühl des Strassenverkehrs zu entfernen und ihn an einem Orte bis zur Rückkehr des Bewusstseins passend zu lagern. Bei anderen Unfällen ist die Beförderung die Hauptsache und die einzige Hilfsleistung.

Anschluss hieran ist zu schildern, in welcher Weise die Wagen abgeholt werden können, in welcher Weise überhaupt die Meldung eines Unfalls geschehen muss oder kann, um die Möglichkeit zu gewährleisten, dass die Versorgung der Verunglückten oder plötzlich Erkrankten möglichst schnell geschieht. Das macht heute beim Vorhandensein der Fernsprecher und Telegraphen keine grossen Schwierigkeiten, wo auch immer die Einrichtungen für die erste Hülfe und Beförderung sich befinden, sei es in den Rettungswachen der Stadt, oder der Feuerwachen, oder der besonderen Rettungswachen, wie in Berlin bei der Rettungsgesellschaft, in eigenen Depots oder bei privaten Fuhrunternehmer. Man führt von allen den Punkten, wo Verunglückte vorkommen können, eigene directe Drähte zu einer möglichen

Mittelpunkte der Stadt gelegenen Stelle, „Centrale“, so dass bei jedem Anrufes dieser bedarf, um einen Arzt oder Krankenwagen zu bestellen, oder falls einmal in der betreffenden Station solche Fahrzeuge verfügbar wären, sofort eine andere anrufen zu können, um von dort einen Arzt oder Wagen oder beides zu erhalten. Ferner dient die Centrale dazu, sich zu vergewissern, ob in einem Krankenhause Platz für einen Verunglückten vorhanden ist, indem ihr, wie dies z. B. in Berlin geschieht, täglich zweimal von den Krankenhäusern die freistehenden Betten gemeldet werden. Hierdurch werden dann den Verunglückten Unannehmlichkeiten erspart, besonders das Umherfahren von einem Orte zum andern, was in grösseren Städten, besonders zu Zeiten von Epidemien, nicht zu den grossen Seltenheiten gehört. Es kann die Centrale dazu benutzt werden, um einem Verunglückten ein Hospitale zu empfehlen, bei welchem ein schneller operativer Eingriff vorgenommen werden soll. Während der Verunglückte sich auf dem Wege befindet, werden im Krankenhause alle Vorbereitungen für die Operation getroffen, so dass der Patient sofort nach seiner Ankunft versorgt werden kann.

Überall muss auch die Centralstelle mit der Hauptverwaltungsstelle des Ortes, Polizeiwachen, Rathhaus, Feuerwehr, den Rettungswachen, eine eigene Fernsprechverbindung haben — falls nicht eins dieser Stellen als Centrale dient —, damit gleichfalls von allen diesen Plätzen Meldung von Unfällen, die Erbitung schleuniger ärztlicher Hülfe und die sofortige Ausführung geschehen kann.

Die Anlage der Centrale in einer Stadt hat nach sehr verschiedenen Umständen zu erfolgen. Es kann ein Krankenhaus oder eine Feuer-, oder Rettungswache oder auch eine Krankentransportstation, deren Ort sich oben erörtert, als Centrale je nach der eigenen Lage, und

je nach der Lage der verschiedenen Factoren, welche für Rettungswesen, wie wir gesehen, wichtig sind, dienen. In einigen Städten befinden sich die Hospitäler über das Weichbild zerstreut, anderen sind sie mehr in der Peripherie angeordnet, während die dritte der Stadt ziemlich frei von ihnen ist, kurz es ergeben sich hierfür reiche Verschiedenheiten, welche stets für die Errichtung der Centralstationen zu berücksichtigen sind. In einzelnen Städten ist nur ein grosses Krankenhaus vorhanden. Auch in diesem erscheint die Anlage einer Centralstation nicht entbehrlich, da mit ihr die anderen für den Dienst wichtigen Stellen verbunden werden müssen.

Abbildung 7.



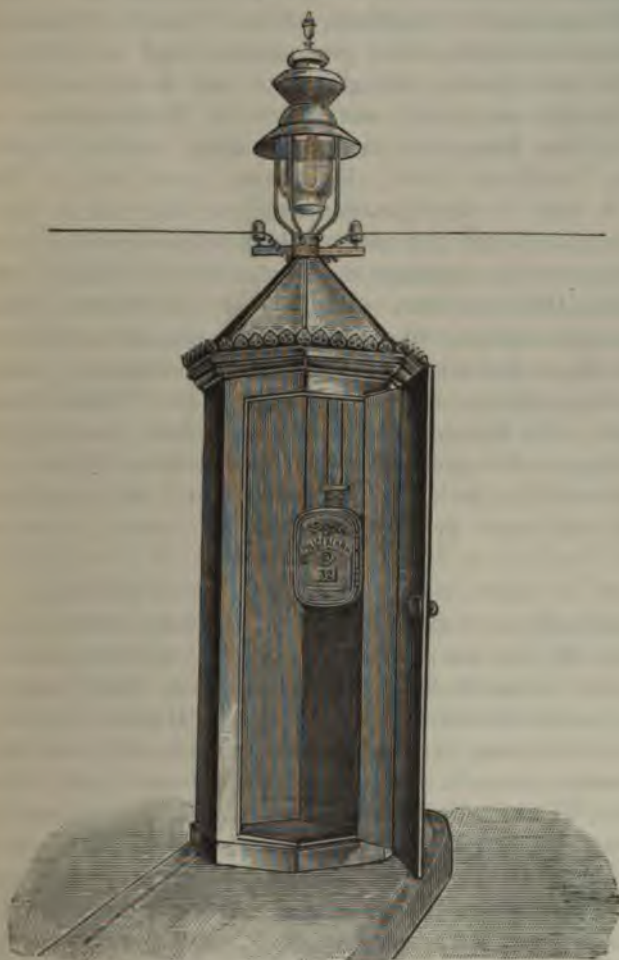
Melder der Gamewell Fire Telegraph Company New York.

Noch in anderer Weise sind die besonders auf der Strasse kommenden Unfälle den zur Hülfe vorbereiteten Stellen zu melden, dies kann durch die öffentlichen Feuermelder geschehen, sei es, dass dieselben ohne weitere Aenderung hierfür benutzt werden, indem ein bestimmtes Signal für Feuer, ein anderes für Unfallmeldung benutzt wird, und dann die Nachricht, wenn die Feuerwehr nicht am Orte des Rettungsdienstes direct betheiligt ist, an die betreffende Stelle weitergegeben wird. Einfacher ist das Verfahren, wenn eigene Unfallmelder der Art der Feuermelder vorgesehen sind. Sie können dann auch, wenn neuerdings geschehen ist, an einem Apparat vereinigt sein, so dass ein Theil des Apparates für die Feuer-, der andere für die Unfallmeldung



nirt, wie dies z. B. in Königsberg i. Pr. und einzelnen anderen Städten  
eht. Solche Apparate waren auf der internationalen Ausstellung für  
chutz in Berlin 1901 ausgestellt. Um Verwechselungen vorzu-  
t, könnte die Leitung so eingerichtet werden, dass die Feuer-  
ag der Feuerwehr, die Unfallmeldung den hierfür vorhandenen

Abbildung 8.



Melder der Gamewell Fire Telegraph Company New York.

richtungen zugeht. Eigenartig sind die hierfür von der Gamewell  
Telegraph Company New York hergestellten Geräte, von welchen  
ge hier abgebildet sind. Der eine Apparat stellt den Kasten dar,  
cher aufgeschlossen wird, um die Nachricht weiterzugeben, der zweite  
ein kleines Haus, in welchem die Meldung ungestört vom Lärm der  
asse durch Fernsprecher weitergegeben werden kann.



In Bremen sind säulenförmige Meldeapparate für Feuer und hergestellt. In Paris besteht eine Gesellschaft zur Aufstellung ä gestalteter Apparate auf den Strassen.

## 2. Einrichtung des Rettungswesens in kleineren Städten und auf dem flachen Lande.

Hier kommen andere Vorkehrungen in Betracht als in einer Stadt, weil diejenigen Verhältnisse, welche für die Einrichtung Hülfe in Frage kommen, hier ganz andere sind als dort. Zur ist die Zahl der Aerzte viel geringer, und wenn auch in he Zeit wohl kaum an irgend einem Orte in Deutschland — oder Auslande — über Mangel an Aerzten geklagt werden kann, so sie hier im Verhältniss doch viel dünner gesät als in den gr Städten. Ich habe in einer Zusammenstellung über die in den einz Provinzen Preussens und den anderen Bundesstaaten vorhandenen A welche 1891 erschien, gezeigt, dass besonders der Osten von De land ärztlicher Hülfe entbehrt. Und in gleicher Weise zeigte si meiner Zusammenstellung über die in den einzelnen Städten De lands vorhandenen Rettungs- und Samaritereinrichtungen, dass wie der Osten am wenigsten mit solchen bedacht ist. Während also e lich im Osten nach letzterer Richtung am meisten gesorgt sein m weil hier wegen der geringeren Zahl von Aerzten Hülfe in Notl schwieriger erreichbar, findet das Gegentheil statt: Bei der geringeren von Aerzten sind auch weniger Rettungseinrichtungen in den Orte handen.

Während in einer kleinen Stadt, wo ein Krankenhaus vorha der Rettungsdienst ganz gut von diesem ausgehen kann und auch fach ausgeht, ist eine ganz andere Organisation auf dem Lande erf lich. In einer kleineren Stadt sind auch noch relativ viel Arzt Verfügung, welche allerdings nicht immer zu Hause oder in der sind, da die Ausübung der Landpraxis sie oft auf viele Stunden ihrem Wohnorte wegruft. Es muss daher auch hier eine ge Regelung für die erste Hülfe bestehen, und dafür sind die freiwi Organisationen zu benutzen, welche in den kleinsten Orten Mitg haben, die Vereine vom Rothen Kreuz, die Samaritervereine und freiwilligen Feuerwehren. Man hat in manchen kleineren Ortschaft Meldestellen für erste Hülfe bei Mitgliedern dieser Vereinigungen erri wie dies bei der freiwilligen Feuerwehr zur Meldung von Bränden l der Fall ist. Ferner können auch die Gasthäuser und die Wohn von bekannten Personen, der Gutsherren, Lehrer, als Meldestellen gleichzeitig zur Unterbringung der nothwendigsten Hilfsmittel be werden. Das Hauptaugenmerk ist hier in noch höherem Maass vorher auf die Bereitstellung von Krankentransportmitteln zu ric denn es ereignen sich Unfälle sehr häufig weit entfernt von me lichen Wohnungen, wo dann erforderlich ist, nach Anlegung eines l verbandes den Patienten so schnell als möglich ärztlicher Versor

er ausgiebig zu benutzen, weil es unmöglich ist, überall die für die erste Hülfe erforderlichen Geräthschaften sofort bei der Hand zu haben. Hier zeigt sich der Werth der von Laien auszuführenden Hülfe, indem sie hier das zu leisten hat, was oben ausführlich dargestellt wurde.

## **II. Rettungswesen auf und am Wasser.**

In der folgenden Schilderung der Organisation von Einrichtungen der ersten Hülfe für einzelne Specialgebiete wird eine Beschreibung der Einrichtungen dieser in einzelnen Ländern und Ortschaften sich nicht entgehen lassen, so dass die Darlegungen der Vorkehrungen zur ersten Hülfe für diese Gebiete (Wasser, Eisenbahn, Gebirge, Bergwerke) bereits dem allgemeinen Theil erfolgt, während im speciellen die Organisationen für erste Hülfe in den einzelnen Ländern und Orten ohne diese Gebiete erwähnt zu erläutern sein werden.

### **1. Rettung aus Wassergefahr auf und an dem Meere.**

#### **a) Auf dem Meere.**

Für diesen Zwecke sind jetzt viele Geräthschaften angegeben worden, dazu dienen sollen, Personen im Falle eines Schiffsunfalles zu retten. Einzelne waren in verschiedenen Ausstellungen in den letzten Jahren ausgestellt und erscheinen erwähnenswerth, um zu zeigen, nach welcher Richtung sich die verschiedenen Versuche bewegten, nicht um ein Urtheil über den Werth der betreffenden Apparate abzugeben, deren Brauchbarkeit sich bei einzelnen erst erweisen muss. Bekannt für Rettung aus Ertrinkungsgefahr sind seit alten Zeiten die Rettungsringe, welche aus verschiedenen Materialien, Kork, luftgefüllten Schläuchen, hergestellt werden. Häufig ist ein Ring für eine Person bestimmt, oder aber ein

gebracht, welche die schweren Seen von den im Wasser befindlichen Personen abhalten. Auch Proviant, Wasser und Signalapparate in dem Ring mitgenommen werden können, so dass er mehr sich wie ein Boot bieten soll, welches leicht vollschlagen und sinken kann.

Die Verwendung des Oeles zum Beruhigen schwerer Wellen ist mehrfach versucht worden. Ein Oelgeschoss für diesen Behuf ist in Blank hergestellt worden, durch welches das Oel auf eine Entfernung 150—200 m gegen Wind, Strom und Seegang zur Vertheilung getrieben werden soll, was bisher auf Schwierigkeiten stiess.

Auch in Bezug auf die Rettungsboote sind jetzt mehrfache Arrangements versucht worden, weil sie häufig beim Herablassen vom glücklichen Schiffe an diesem selbst zerschellen. Der schwedische Ingenieur v. Anrep hat ein Boot hergestellt, welches völlig verschliessbar ist. Die Schiffbrüchigen begeben sich in das auf Deck stehende Boot und werden mit diesem ins Wasser geschoben. Eine andere Neuerung in diesem Gebiete rührt von Schneemann-Bremen her. Es handelt sich um eine Neuerung der Einrichtung zum Aussetzen oder zum Aufnehmen der Boote von und an Bord grösserer Seeschiffe, wobei die Boote bevor ihrer Auslösung aus ihren Befestigungen von den unterzubringenden Personen besetzt werden, und ferner durch eine einfache Hebelbewegung unbeschadet einer geneigten Lage des Schiffsdeckes mit Dampfkraft oder Handbetrieb in weiter Auslage ausserbords gebracht und völlig frei von der Schiffswand zu Wasser gelassen werden können. Sobald das Boot das Wasser berührt, entledigt es sich selbstthätig und vollkommen aller Verbindung mit dem zu verlassenden Schiffe, wodurch es sich leicht schwer aus dem Bereiche desselben entfernen soll.

Für die Rettung der Personen selbst sind Geräthe angegeben worden, welche auf dem Grundsatz beruhen, dass sie im Augenblick der Gefahr sich selbstthätig für den Gebrauch fertig machen. Die beiden hier erwähnenden Apparate rühren von der Ropp-Berlin und von dem österreichischen Oberleutnant v. Irsay her. Bei ersterem füllt sich vorher leerer Gummibeutel selbstthätig mit Gas, sobald der Apparat unter Wasser taucht, sobald also die Person, welche ihn trägt, das Wasser gelangt ist. Das Gas befindet sich in einem Glasfläschchen, welches durch die Einwirkung des Wassers auf mechanischem Wege zerbricht. Der aufgeblähte Gummibeutel hält den Schiffbrüchigen über Wasser. Der Apparat von Irsay hat die Grösse einer Briefftasche. Tragen der Person dient ein Kissen, welches sich aufbläht, sobald eine Wassersäule von ein Meter Höhe auf das Ventil des Apparates, welches durch ein Stück Zucker geschlossen ist, drückt. Der Zucker schmilzt, das Wasser dringt in den Apparat und entwickelt aus hier vorhandenen Stoffen Gase, welche das Kissen füllen, so dass dieses den Träger über Wasser hält.

Um die Passagiere während einer Seefahrt zu unterrichten, was im Falle eines Unfalles zu thun haben, sollen dieselben nach Livo belehrt werden, welche Vorrichtungen für sie bei einem Seeunfalle

nen sind, und wie sie sich an den Rettungsbooten aufzustellen haben. Es sollen Uebungen mit ihnen während der Fahrt abgehalten werden. Bei einem wirklich stattfindenden Unfälle die Passagiere sich nach eingeübten Vorschriften verhalten werden, ist, wenn man die Veranlassung berücksichtigt, welche in solchen Fällen in noch höherem Maasse bei Unglücksfällen zu Lande vorhanden ist, wohl zu bezweifeln. Erfahrung lehrt, dass gerade bei Schiffsunfällen die Rücksichtlosigkeit der Einzelnen, ihr Leben zu retten, oft eine sehr grosse ist, durch nicht nur die eigene Rettung, sondern auch die der Umgebung in hohem Maasse gefährdet wird. Besonders wird die Rettung in vielen Fällen durch die Anwesenheit von Frauen und Kindern erschwert, und auch das Schiffspersonal häufig in aufopfernder Weise sich an der Rettung der Anderen betheiligt, so ist doch nicht selten, dass durch das Versterben Einzelner das Rettungswerk Aller in Frage gestellt wird. Bei einem Schiffsbrände auf hoher See z. B. hängt viel von der Person des Kapitäns und seiner Leute ab, dass die in jedem Falle einzeln festbestimmenden Maassnahmen angegeben und ausgeführt werden. Eingewöhnen von solchen Dingen lassen sich wohl mit Erfolg bei der Kriegsmarine, weniger aber bei Passagieren von Dampfern und Schiffen der Handelsmarine ausführen. Von Werth ist wohl bei solchen Uebungen, dass die Personen einen Einblick in die mannigfachen Rettungseinrichtungen des Schiffes erhalten und vielleicht im Ernstfalle nicht zu Panik den Kopf und die ruhige Ueberlegung verlieren, sondern sich den Anordnungen des Kapitäns und seiner Officiere fügen.

#### b) Rettung an den Meeresküsten (Küstenwehren).

Ihre Einrichtung reicht ziemlich weit zurück, und zwar hat auch schon in Holland, das Land, in welchem die ersten organisirten Einrichtungen zur Rettung Verunglückter überhaupt getroffen wurden, den Vorrang, obwohl auf die auf S. 508 erwähnte Einrichtung des Bischofs von Ham hier hinzuweisen ist. Die in den einzelnen Ländern auf diesem Gebiete vorhandenen Einrichtungen werden im Zusammenhange erörtert werden. Im Allgemeinen ist zu sagen, dass Einrichtungen zur Rettung von Schiffbrüchigen an den Seeküsten der meisten civilisirten Länder, welche Meeresstrand besitzen, bestehen. Fast überall haben sich freiwillige Gesellschaften für diesen Zweck gebildet, welche in aufopfernder Weise seit Jahren diesen Zweig des Rettungswesens organisirt haben, indem an einzelnen Ortschaften an der Küste Rettungsstationen errichtet wurden, welche mit Signalapparaten ausgerüstet sind. Sobald ein Schiff sich in Gefahr befindet und dies der am Lande befindlichen Station, auf welcher ständiger Wachtdienst eingerichtet ist, durch die international festgestellten Zeichen anzeigt, oder auch, sobald von der Station ein Schiffsfall oder drohendes Unglück, auch ohne dass ein Zeichen erfolgt, berichtet wird, fährt das mit der Rettungsmannschaft besetzte Rettungsboot hinaus, um Hülfe zu bringen, oder es werden die auf den Stationen vorhandenen Raketenapparate benutzt, um zunächst durch Abschiessen einer

Rettungsleine eine Verbindung mit dem gefährdeten Schiffe herzustellen und dann weiter mit Hülfe verschiedener Geräthschaften die Mann des Schiffes an Land zu bringen. Auch seitens des Rettungsbootes falls es nicht wegen hohen Seeganges an das Schiff herankommen versucht die Verbindungsleine auf das Schiff hinüberzuschleusen. In den einzelnen Ländern hierfür vorhandenen Apparate sind im Allgemeinen einander ziemlich ähnlich. Nur haben sich einzelne Verschiedenheiten mit der Zeit herausgebildet. Vorhanden sind jetzt Gesellschaften zur Rettung Schiffbrüchiger in Europa in Deutschland, Dänemark, England, Frankreich, Norwegen, Schweden, Russland, Türkei, Spanien, ferner in den Vereinigten Staaten von Nordamerika, Japan. Die den Dienst leistenden Mannschaften sind in der Leistung der ersten Hülfe ausgezeichnet.

Folgende wichtigere Gesellschaften zur Rettung Schiffbrüchiger einzelner Länder sind zu erwähnen:

Die Deutsche Gesellschaft zur Rettung Schiffbrüchiger hat die allseitige Beförderung des Rettungswesens an den Deutschen Küsten der Nord- und Ostsee zu ihrer Aufgabe. Am 2. März 1861 stiftete sich der erste Verein zur Rettung Schiffbrüchiger in Deutschland in Emden, 1863 bildete sich der Bremische Verein mit gleichem Zweck und am 29. Mai 1865 wurde die Deutsche Gesellschaft begründet. Seit ihrer Errichtung wurden 2817 Personen gerettet. Von diesen waren 2414 in 424 Strandungsfällen durch Boote, 403 in 80 Strandungsfällen durch Raketenapparate geborgen. Im Rechnungsjahre 1900/01 waren die Stationen 14mal mit Erfolg thätig und retteten 100 Menschen durch Boote aus Seenoth. Eine besondere Stiftung der Gesellschaft, die Laeisz-Stiftung, besitzt ein Capital von 131 100 Mk. Die Zinsen werden zur Vertheilung von Diplomen, Medaillen oder Geld als Belohnung von Rettungen verwendet. Im letzten Jahre wurden für die Rettung von 235 Menschen Preise vertheilt. Seit ihrer Begründung hat die Gesellschaft rund 7 280 000 Mk. Einnahmen gehabt und hat rund 53 500 Mitglieder, deren Jahresbeiträge 150 000 Mk. betragen. Im Ganzen sind 120 Rettungsstationen vorhanden, 76 an der Ostsee und 44 an der Nordsee. 54 sind Doppelstationen, ausgerüstet mit Boot und Raketenapparat, 50 Boots- und 16 Raketenstationen.

Die Stationen haben zum Theil Fernsprechverbindungen. Die Deutsche Gesellschaft hat im ganzen Reiche Zweigvereine, denen als Bezirksvereine die Sammlung von Geldmitteln obliegt.

Die Dänische Gesellschaft, welche vom Ministerium des Innern in Kopenhagen ressortirt, begann ihre Thätigkeit am 20. April 1851. Im Jahre 1897 waren an der Westküste Dänemarks — nur an dieser Küste stehen Rettungsstationen — und den Inseln 49 Rettungsboote vorhanden. Die Zahl der Stationen beträgt im Ganzen 57, von welchen 12 nur Rettungsboote, 9 nur mit Raketenapparaten ausgerüstet sind. Vom 1. Januar 1897 bis 31. März 1897 wurden 6615 Personen von 875 Schiffen gerettet. Die Küstenbevölkerung und Fischer retteten ausserdem 460 Menschen. Die Mittel der Gesellschaft, welche durch freiwillige Beiträge aufgebracht werden, betragen 1 200 000 Mk.

die Zahl der geretteten Personen 11 727, die Zahl der geretteten  
: 1084. Auf den Stationen sind auch Leinenapparate, welche mit  
ir abgeschossen werden.

Die seit 1824 bestehende Royal National Life-Boat Institution  
ossbritannien besitzt als Rettungsboote auch kleine Dampfer und  
auch verschiedene Arten von Rettungsrunderbooten. Die Geräth-  
shäuser etc. haben das gleiche Aussehen wie in anderen Ländern.  
hre 1899 sind 609 Lebensrettungen zu verzeichnen, seit Bestehen  
esellschaft 41 842. Im Ganzen sind in England 290 Rettungsboote  
nden.

Die Noord-en Zuid-Hollandsche Redding-Maatschappij  
: älteste Gesellschaft zur Rettung Schiffbrüchiger. Sie besteht seit  
ovember 1824 und bezweckt durch Bereitstellung geeigneter Mittel  
trande die Küstenbewohner in den Stand zu versetzen, Versuche  
ettung Schiffbrüchiger zu unternehmen. Bis zum Ende des Jahres  
wurden 3966 Personen gerettet.

Norwegen besitzt eine Anzahl von den Behörden eingerichteter  
nen zur Rettung Schiffbrüchiger, welche aus einem Holzschuppen  
ettungsapparaten bestehen. Ferner ist an einzelnen Stellen ein  
schuppen mit Rettungsboot bereit. Dieser Dienst wird ergänzt durch  
it 1891 wirkende Norsk Selskab til Skibbrudnes Redning.  
Gesellschaft hat Rettungsboote an der Küste aufgestellt und Rettungs-  
ate vertheilt. Sie besitzt 13 Rettungsboote. Als Rettungsboot wird  
Redningskøite“, Rettungsschute, von Collin Archer, dem Erbauer  
ansen'schen Schiffes „Fram“ benutzt. Die Boote enthalten Raketen-  
ate, welche sonst in Stationen an der Küste stehen. Das Rettungs-  
ist wegen der örtlichen Verhältnisse der Küste sehr erschwert. In

43 Ausfahrten ausgeführt, wobei 142 Menschen das Leben ge- wurde, davon 21 im Hafen von Odessa. Eine weitere Station wird auf dem Flusse Ertrunkene errichtet. Die Gesellschaft bezweckt „Menschen zu retten, welche ins Wasser gefallen sind, und Maassregeln zu ergreifen, um Menschen und Schiffe vor Unglück auf dem Wasser zu schützen und die Ursachen der Gefahren zu beseitigen“. Um diese zu erreichen, baut und unterhält die Gesellschaft Rettungsstationen, Kettenstationen, Wachen am Meere, an Seen, Flüssen. Sie prüft die Ufer der Seen und Flüsse Russlands, wo sich besonders Unglücksfälle ereignen. Auch diese Gesellschaft verleiht Belohnungen für Rettungen.

Die Gesellschaft untersteht dem Marineministerium. Zur Rettung Schiffbrüchiger sind im Schwarzen Meere an der Küste Europas 7 und in der asiatischen 8 Rettungsstationen errichtet. Das Personal besteht aus 4 Europäischen Instructoren, 4 Türkischen Capitänen und 2 Aerzten. Letztere haben die Kranken zu behandeln, sich bei einem Schiffsunfall an die Unfallstelle zu begeben, die Verunglückten zu versorgen und ihre Materialien in gutem Zustande zu erhalten.

In Schweden gehört die Rettung Schiffbrüchiger zum Dienst der Lootsenahtheilung. Anstoss zur Errichtung der Stationen gab ein Schiffsun- glück am 17. December 1852 zu Sandhammar. Nach vorbereitenden und vorbereitenden Schritten wurden die ersten Stationen 1856 eröffnet. An der Küste Schwedens waren Ende 1898 vorhanden 12 Rettungsstationen und 11 Raketenapparate. Seit Bestehen der ersten Rettungsstation bis Ende 1898 wurden 2164 Menschenleben vom Ertrinkungstode gerettet, davon 709 mit Rettungsboot und 101 mit Raketenapparat. 53 Schiffbrüchige und 8 Personen der Rettungsmannschaft fanden den Tod.

Die Sociedad Espanola de Salvamento de Naufragos hat an den Küsten von Spanien und von Inseln eine grosse Zahl von Rettungsstationen. Auch diese Gesellschaft verfügt über ein beträchtliches Vermögen.

In Aussereuropäischen Ländern ist besonders in den Vereinigten Staaten ausgiebig für die Rettung Schiffbrüchiger gesorgt. Der Life-Saving Service gehört zum Treasury Department in Washington. Die Meeres- und Seeküsten der Vereinigten Staaten mit Ausnahme der Küste von Alaska besitzen eine Länge von mehr als 10 000 Meilen. Die 210 Rettungsstationen sind mit allem erforderlichen Material für die Rettung Verunglückter ausgerüstet. Das Amt der Generaldirectors befindet sich in Washington. Von 1889—1897 wurden 6735 Personen von gestrandeten Schiffen gerettet. Die Rettungsstationen sind nach Englischem Muster gebaut. Im Jahre 1899 betrug die Zahl der von Schiffsunfällen, bei welchen die Gesellschaft in Thätigkeit trat, 10. An Bord der Schiffe waren 3903 Personen, von welchen 56 untergingen.

In Montevideo sind zwei Bergungsgesellschaften, welche sich mit der Rettung Schiffbrüchiger angelegen sein lassen.

In Japan ist eine Privatgesellschaft zur Rettung Schiffbrüchiger, die Dainippon suinan kiusei kwai, seit 13 Jahren in Thätigkeit.

Rettungsstationen mit Aussichtsturm und ständiger Tag- und Nachtwache. Die Gesellschaft erhält von der Regierung einen jährlichen Zuschuss. Ihr Zweck ist die Rettung von Menschenleben und Eigenthum bei Schiffsunglücken in der Nähe der Japanischen Küste. Die Geschäftsstelle ist in Tokio, Sojuro-cho (Strasse) No. 10. An den Orten, wo öfters Schiffsunfälle sich ereignen, müssen Rettungsvorrichtungen, Aussichtsturm und Rettungsboote vorhanden sein. Mittheilungen, welche sich mit eigener Gefahr der Rettung widmen, erhalten ein besonderes Zeichen. Diejenigen, welche Verletzungen erhalten haben, erhalten materielle Unterstützung von der Gesellschaft. Wer zuerst ein Unglück meldet, erhält eine Geldbelohnung. Im ganzen Land sind solche Vorrichtungen vorhanden. Die Satzungen und Dienstanweisungen für alle Mitglieder der Gesellschaft sind sehr genau und ausführlich abgefasst.

Bei Schiffsunfällen muss das betreffende Ortsobershaupt die Hülfe der Bevölkerung beaufsichtigen, die Bürgerschaft zum Helfen aufrufen. Ferner müssen Aerzte zur Hülfe geholt werden. Kein Bürger darf seine Hülfe, wenn vom Obershaupt gerufen wird, verweigern. Die Rettung darf gegen den Willen ausgeführt werden, mit Ausnahme des Falles, wenn der Capitän nicht genügend für die Rettung seiner Leute gethan hat. Die beim Schiffbruch geretteten Sachen vom Obershaupt aufbewahrt werden, Postsachen sind schnellstens zum nächsten Postamte zu übergeben. Das Obershaupt kann gerettete Gegenstände, welche nicht lange aufbewahrt werden können, ohne Werth zu verlieren, verkaufen und das Geld einige Zeit aufbewahren. Wer dem Anruf des Obershauptes zur Rettung nicht folgt, wird mit 100 Mk. Geldstrafe bestraft. Gleichfalls werden diejenigen bestraft, welche den Befehlen bei den Rettungsarbeiten nicht Folge leisten, weil sie die Rettungsarbeiten stören.

## Rettung aus Wassergefahr an Binnenwässern.

### a) Wasserwehren.

Wasserwehren dienen zum Schutz des Lebens und Eigenthums der Bevölkerung vor Ueberschwemmungen durch Austritt von Flüssen, Binnenseen etc. Solche Wehren sind vorzugsweise in Deutschland und Frankreich organisirt, in Preussen sind freiwillige Wasserwehren in Hirschberg in Schlesien und in der Gegend an der Elbe, während eine Kreiswasserwehr im Kreis Hirschberg in Westpreussen besteht. Ausserdem sind in Hadersleben ähnliche Einrichtungen getroffen. Um ein Muster für die Organisation eines Rettungsdienstes zu geben, sollen die genannten Einrichtungen beschrieben werden.

Die Wasserwehr in Hirschberg wurde auf Veranlassung der Regierung nach der grossen Wasserkatastrophe im Jahre 1897 begründet. Sie besteht hauptsächlich ehemalige Pioniere, Matrosen, Seesoldaten auf, die zu einer solchen Wehr zusammenzutreten. Die Wehr wurde als Mann errichtet. Sie besteht aus Bürgern, die es sich zur



Aufgabe gestellt haben, bei eintretender Wassergefahr in Hirschberg und der nächsten Umgebung geeignete Hülfe zu leisten. Diese Hülfe geschieht auf Erfordern der Polizeiverwaltung. Alle Ausrüstungsgegenstände erhielt die Wehr von der Stadt. Es sind zwei vollständig ausgestattete Pontons genau nach dem Muster der bei den Pionieren gebräuchlichen, die zum Transport derselben nothwendigen Hakets, und ein eiserner Nachen vorhanden, welcher aber nur an überschwemmten Stellen mit geringer Strömung zu verwenden ist. Jeder Ponton enthält 4 Staken, 4 Ruder, 1 Steuer, 5 eiserne Rudergabeln, 1 Hakenstaken, 2 Belagbretter, Anker mit 5 m langem Tau, Schnürleinen, Treidelleinen, Rettungsringe und -bälle. In jedem Haket befindet sich ein Werkzeug- und ein Verbandkasten mit erforderlichen Verbandmitteln. Jedem Fahrzeug ist ein Sanitätsmann zugetheilt. Die Mannschaften sind mit Joppe, Hose, Gürtel mit Ring und Mütze mit Nackenschutz bekleidet. Die Wehr hat Dienst, welcher wie bei den Pionieren gehandhabt wird. Die Pontons können auch durch besondere Vorkehrungen zusammengeschlossen werden.

Die „freiwillige Wasserwehr“ des Turnvereins in Dannenberg ist etwa 40 Mann stark und uniformirt. Sie hat 3 Holz- und 2 eiserne Boote. Die Wehr „hat den Zweck, bei eintretender Wassersnoth Leben und Eigenthum der Bewohner der Stadt Dannenberg zu schützen und zu retten“. Die geschäftlichen Angelegenheiten der Wehr leitet der Vorstand des Turnvereins, dessen Mitglieder, falls sie körperlich geeignet, zum Eintritt in die Wehr berechtigt sind.

Eine besondere Art einer solchen Einrichtung besteht als Kreiswasserwehr seit 1893 im Kreise Marienburg in Westpreussen. Nachdem das aus dem Jahre 1888 bestehende Hilfscomité für die Ueberschwemmten der Provinz Westpreussen in seiner anfangs der neunziger Jahre stattgehabten Schlussitzung den Restbestand des Ueberschwemmungsfonds dem Oberpräsidenten zur Verwendung für Wasserwehren innerhalb der Provinz überwiesen hatte, wurde zunächst die Bildung einer freiwilligen Wasserwehr im Kreise Marienburg ins Auge gefasst. Diese Absicht konnte aber nicht verwirklicht werden, und es wurde daher am 16. September beschlossen,

„die Wasserwehr als eine besondere, durch Reglement zu regelnde Einrichtung des Kreises ins Leben zu rufen und die Unterhaltung der Wasserwehr auf den Kreis zu übernehmen“.

Nach diesem Beschlusse geschah die Einrichtung von 8 Wasserwehrstationen in Baarenhof (Rothebude), Neuteicherwalde, Tiegenhof, Schadwalde, Wernersdorf, Marienburg (Nogatbrücke), Thiensdorf (Rückfortb) und Reichhorst (drei Rosen). Für jede Station sind zur Bedienung der Pontons u. s. w. 18 Personen erforderlich, welche sachgemäss ausgebildet werden. Für die Theilnahme an den Uebungen erhalten die Mannschaften ein Stundengeld. Die Marienburger Wehr hat eine Art Uniform, bestehend aus Drillhblusen, Mütze und Brotbeutel. Nach dem bestehenden „Reglement“ ist die „Kreiswasserwehr“ eine Einrichtung des Kreises Marienburg. Sie bezweckt die Hülfeleistung bei Wassersnoth

bei sonstiger „allgemeiner Gefahr“. Jede Station besitzt zwei Stahlpontons, einen Handkahn und erforderliche Ausrüstungsgegenstände. An der Spitze jeder Station steht ein Kommandant und ein Stellvertreter, welche ehrenamtlich thätig sind. Als Wasserwehrmänner werden gesunde, kräftige Personen, welche möglichst in der Nähe der Station wohnen, angenommen. Die Kosten für die Unterhaltung der Wehr trägt der Kreis.

#### b) Rettung an Flüssen Verunglückter.

An einzelnen Orten sind Vorkehrungen zur Rettung auf dem Eise getroffen. In Maassnahmen zur Rettung Ertrunkener an den Flüssen, Rettungsleitern, Rettungsgürtel, Rettungsbälle und Rettungsbojen, ferner Rettungskähne mit Stangen, welche an den Brücken und an zugänglichen Stellen an den Flüssen und in Badeanstalten innerhalb der Städte befestigt sind, getroffen. Assmus in Leipzig hat mit Rücksicht darauf hingewiesen, dass die Bälle von im Wasser befindlichen Personen schwer zu erfassen sind, und empfahl an deren Stelle Ringe, welche an Schnüren befestigte Korkstücke tragen, durch welche die Personen auf dem Wasser schwimmend erhalten werden. Hierdurch ist es ermöglicht, dass eine im Wasser befindliche Person viel leichter einen Rettungsring gewinnen und sich auf dem Wasser halten kann. Es ist in der Folge in Berlin ein Theil der Rettungsbälle, welche an den Flussläufen an Brückenenden und Landungsstellen befestigt waren, durch Rettungsringe ersetzt worden. Leider werden in Berlin die Rettungsgeräthe häufig zerstört, beschädigt oder gestohlen. Im Jahre 1898 wurden nach dem Bericht 17 Ruder, 10 Strohbojen und 16 Rettungsbälle oder -Ringe vernichtet. In 35 Fällen (von 20 im Vorjahre) wurden die Rettungswerkzeuge und zwar 31 mal mit Erfolg angewendet. 1900 wurden 22 von 27 Ertrunkenen gerettet; 10 Kähne mit Zubehör, 25 Bälle und 20 Ringe waren vorhanden.

Die eingangs geschilderten Einrichtungen der alten Gesellschaften sind hier nochmals kurz zu erwähnen, da sie für die Rettung von Personen, welche in irgend einer Weise an Binnenwässern verunglückt, hergestellt wurden. Vor allen Dingen ist die in England und in den Kolonien noch heute bestehende Royal Humane Society mit ihren Einrichtungen hier hervorzuheben, welche als Muster für dergleichen Verhältnisse noch heute gelten können. Diese Gesellschaft hat nicht nur die Rettung von an Binnenwässern Verunglückten sich zur Aufgabe gemacht, sondern besonders an denjenigen Plätzen, wo nicht besondere Anstalten zur Rettung Schiffbrüchiger bestehen, auch diesen Zweig des Rettungswesens zu Wasser übernommen. So zeigt z. B. der Bericht des Australischen Zweigvereins der Gesellschaft für das Jahr 1899 eine beträchtliche Zahl von Rettungen von Menschenleben auf dem Meere und an den Küsten.

Anzuführen sind ferner die Einrichtungen der Französischen Sociétés des Sauveteurs oder Sociétés des Ambulanciers, welche zum grossen Theil dem Rothen Kreuz in Frankreich angegliedert sind und

welche auch das Rettungswesen an Binnenwässern betreiben. Die *Secours de Seine-et-Marne*, welche wie die Mitglieder der anderen Gesellschaften Uniform tragen, haben gleichfalls die Rettung im Wasser unglückter zu besorgen.

Bemerkenswerth sind die in England vorhandenen Maassregeln Rettung Ertrunkener. Es sind Rettungsapparate an den verschiedenen Theilen der Quais untergebracht, welche nach einer Beschreibung in der „Zeitung für Samariter- und Rettungswesen“ (7. Jahrg. No. 6) aus Rettungsschwimmern mit daran befestigtem Seil, oder aus Stangen mit eisernen Haken, kleinen Wurfankern oder auch Strickleitern und anderen Leitern u. a. m. bestehen.

„Ein origineller, aber dabei sehr einfacher Rettungsapparat ist in Portsmouth im Gebrauch. Er besteht aus einem hölzernen Schwimmer von ungefähr 9 Zoll Durchmesser an einem langen leichten Seil. Das andere Ende des Seiles ist an einem Pfahl am Quai befestigt, in dessen Höhlung das Seil zusammengerollt liegt und aus einer Öffnung am Pfahlkopf austritt. Neben dem Pfahl liegt der Schwimmer, der eben so handlich als dauerhaft ist, jederzeit zum Gebrauche bereit.

In Southampton trägt die Polizeiwache einen leichten Wurfanker bei sich. In der Höhlung einer Spule liegt und an einem um diese Spule gewickelten Seile befestigt ist. Das Ganze befindet sich in einem Kästchen von 7 Zoll Länge und 2 1/2 Zoll Durchmesser.

Die Patrouillemannschaft im West-India-Dock in London trägt Korkleibriemen einen 6 1/2 Fuss langen Stock mit Haken bei sich. Mit letzterem sucht sie ihre Pflichten längs der Quais bei starkem Nebel und verwendet ihn nöthigenfalls auch zur Rettung für Personen, die ins Wasser gefallen sind. Der Korkriemen soll nur eigenen Sicherheit des Trägers bei einem etwaigen Absturz dienen.

Eine weitere Vorsichtsmaassregel gegen etwaige Abstürze von Personen besteht in einer längs der Quaimauer angebrachten Kette. Es erscheint dies namentlich besonders zweckmässig, wo der mittlere Wasserstand ziemlich tief unter der Quaimauer liegt.

Aber trotz reichlicher Versorgung mit Rettungsringen, Ankern u. s. w. ist es häufig vorgekommen sein, dass eine Person, die ins Wasser gefallen war, zwar die Quaimauer gerettet, aber nicht heraufgezogen werden konnte, da keine Leiter an der Stelle waren. Einem solchen Mangel dürfte am leichtesten durch einfache Stricke von genügender Länge abgeholfen sein.

Sehr beachtenswerth erscheint ferner die Anregung, die in einem grossen Hafen gegeben wurde, dass nämlich zu den Rettungsapparaten zweckmässigerweise ein tragbares Rettungslicht gehöre, da es in Ermangelung eines solchen in der Nacht oft unmöglich ist, einen Ertrinkenden zu retten, wenn man auch seine Stimme ganz deutlich vernimmt.

Die Verfasser glauben schliesslich durch die nachstehenden Vorsichtsregeln die Vermeidung mancher Unfälle durch Ertrinken bewirken zu können und schlagen daher vor, sie überall, wo sie durchführbar sind, vorzuschreiben, an allen Häfen, Werften, an Quais u. s. w. Sie lauten:

1. Die Polizisten und anderen angestellten Organe in Docks, Werften u. s. w. sollen alle mit den Prinzipien der ersten Hülfe vertraut sein.
2. Sie sollen alle schwimmen können.
3. Jede dieser Personen soll ein Rettungsseil bei sich tragen, dessen eines Ende an irgend einem Stück Holz (Schwimmer) befestigt ist, sodass es ins Wasser geworfen an dessen Oberfläche bleibt.

f. Alle gefährlichen Stellen, wie Buchten oder plötzliche Biegungen in der der Quaimauer, Verbindungsbrücken, Stiegen u. s. w. und dort, wo die Haupten für Fussgänger schmal und auf einer Seite durch Gebäude oder sonstige beengt sind, sollen sorgfältig gesichert sein, um das unachtsame Abstürzen von Personen ins Wasser zu verhüten.

Der Zugang zu Brücken soll an beiden Seiten durch Ketten oder Zäune einsein.

Die Zugänge zu Schleusen und Drehbrücken sollen abschliessbar sein; stehen, soll die Passage abgesperrt werden.

Die stabilen Geländer sollen aus starken, eisernen Säulen und Geländerdiejenige, welche zeitweise entfernt werden müssen, aus losen eisernen bestehen, welche in eisernen Sockel im Steinwerk des Quais eingelassen und ander durch zwei Ketten verbunden sind, von denen die untere 1 Fuss und e mindestens  $3\frac{1}{2}$  Fuss über der Fusssohle liegt.

Als ein Beispiel einer Organisation eines Rettungsdienstes an Binnen- kann die Rettungsstation am Müggelsee bei Berlin dienen, ein Werk der „Rettungsgesellschaft der Wassersportvereine von und Umgegend“, am 27. April 1899 begründet wurde. Nach § 1 tungen bezweckt die Gesellschaft „die Förderung des Rettungs- auf den Gewässern Berlins und der Umgegend, insbesondere auf üggelsee“. Die Gesellschaft hat in zwei Jahren 16 Personen vom ungstode errettet und jetzt auch Unterrichtscurse für erste Hilfe gliedern der Wassersportvereine eingerichtet. Die Ausrüstung der , welche wohl als ein Muster für ähnliche Unternehmungen gelten habe ich in einem Vortrage auf dem Samaritertage in Breslau ingehender geschildert.

Die Station selbst besteht aus folgenden Baulichkeiten. Zuvörderst ist das che Rettungshaus zu erwähnen, welches aus Wellblech hergestellt ist. Das- thält zwei Räume mit im Ganzen 5 Betten zur Lagerung von Verunglückten, so angeordnet sind, dass der eine Raum 2, der andere 3 Betten enthält. Im Raum, in welchen man durch die Thür zuerst gelangt, befindet sich ausser Lagerungsstätten ein eiserner Ofen zur schnellen Herstellung von warmen , welches zur Füllung von Wärmflaschen, Herstellung warmer Getränke sowie h vorgesehenen warmen Bäder unbedingt erforderlich ist. Hier sind auch die adigsten Küchengeräthe und sonstigen Gebrauchsgegenstände untergebracht. Die ätten bestehen aus einfachen zusammenklappbaren eisernen Bettstellen, über latratzen Segeltuchlaken mit Schnüren befestigt werden, sodass hierdurch eine ässung der Matratzen möglichst verhütet wird. Für jedes Bett sind 3 wollene . wollener vollständiger Anzug, Unterzeug und Strümpfe in Bereitschaft, um rehnässen und Wiederbelebten mit trocknen Kleidern zu versehen. Jedes der Zimmer, welche durch eine Thür von einander getrennt sind, um auch Herren men gesondert behandeln zu können, hat an den einander gegenüber liegen- anden je ein Fenster und eine Dachlüftung. Die künstliche Beleuchtung ge- t durch Petroleumhängelampen. Die Abmessungen des Hauses, welches in tufen Höhe vom Erdboden errichtet ist, betragen 4 mal 6,50 m. Die trennende rand theilt die beiden Räume so von einander, dass der eine 4 mal 4, der andere 2,50 m hat.

Neben dem Hause befindet sich ein aus Balkenwerk verfertigter Aussichtsthurm m Höhe. Auf seiner Spitze erhebt sich eine Galerie von über 1 m Höhe, zu

welcher man mittelst einer Leiter gelangt und welche einen unbehinderten Ausgange auf den See gestattet, um durch Fernrohr zu erkennen, an welcher Stelle des Bootes Hülfe nothwendig ist.

Das Rettungsboot, von Oberbaurath Rettig erbaut, liegt in einem besondern Bootschuppen. Von demselben führt ein Geleise zum See, auf welchem ein eiserner Wagen auf Rollen hinabgleitet, auf welchem das Boot in Bereitschaft steht und in den See hineingeführt werden kann. Das Boot selbst von etwa 7 m Länge ist mit mehreren Rettungsringen sowie mit einem aus Segeltuch gefertigten Verband versehen, in welchem die erforderlichen Wiederbelebungs- und Erfrischungsmittel sowie einzelne Verbandstücke untergebracht sind“.

Dass Vorkehrungen zur Rettung Ertrinkender eine dringende Nothwendigkeit sind, beweist eine Statistik von Heimann, nach welcher rund 26 000 im Jahre 1897 in Preussen verunglückten Personen 6 also der vierte Theil, ertrunken waren. Der übrige Theil entfällt zusammen auf Verbrennungen, Ueberfahren, Erstickung, Sturz, Erschlagung, Vergiftung und andere unbestimmte Arten von Verunglückungen.

Uebersicht über die tödtlichen Verunglückungen in Preussen während der Jahre 1897 und 1898.

Art der Verunglückung	Es verunglückten							
	überhaupt			davon				
				Kinder bis 15 Jahre			Erwachsen	
	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.
Ertrunken . . . . .	5295	1156	6451	1872	738	2610	3423	418
Verbraunt, verbrüht . .	1209	1156	2365	725	754	1479	484	402
Ueberfahren . . . . .	3232	495	3727	571	269	840	2661	226
Gestürzt . . . . .	4211	918	5129	434	219	653	3777	699
Erstickt . . . . .	1143	391	1534	323	232	555	820	159
Erschlagen . . . . .	2476	193	2669	233	82	315	2243	111
Vergiftet . . . . .	226	110	336	98	53	151	128	57
Andere oder unbest. Art	3170	885	4055	442	285	727	2728	600
Zusammen	20962	5304	26266	4698	2632	7330	16264	2672

Bemerkenswerth ist die grosse Zahl von Kindern bis zu 15 Jahren unter den Ertrunkenen, welche 2600, also mehr als den dritten Theil der Gesamtsumme dieser Verunglückungen beträgt.

Bei einer Zusammenstellung der Zahl der durch gewaltsame Todesarten in einem zehnjährigen Zeitraum in Berlin verstorbenen Personen nach dem Statistischen Jahrbuch der Stadt Berlin zeigt sich, dass die gewaltsamen Todesarten in 10 Jahren (von 1888 bis 1897) 7913 waren, durchschnittlich jährlich 790, zu Grunde gingen. Von diesen starben im Ganzen 1067, durchschnittlich 106 im Jahre, durch Ertrinken, also etwa der siebente Theil der durch tödtliche Verunglückungen gestorbenen.

**Uebersicht über die tödtlichen Verunglückungen in Berlin  
während der Jahre 1888—1897.**

	1888	1889	1890	1891	1892	1893	1894	1895	1896	1897	Im Ganzen
a) Verbrennen . . . . .	40	51	39	37	55	40	40	47	45	54	446
b) Erfrieren . . . . .	3	2	1	1	—	6	1	3	1	—	18
c) Ertrinken . . . . .	94	97	106	118	107	117	126	88	111	103	1067
d) Erhängen . . . . .	182	153	200	184	227	217	222	193	209	220	2007
e) Ersticken . . . . .	29	29	38	44	32	35	44	39	36	53	379
f) Hitzschlag . . . . .	—	2	1	1	8	—	2	2	6	—	22
g) Blitzschlag . . . . .	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1
h) Explosion . . . . .	—	—	2	4	1	—	—	2	4	2	15
i) Ueberfahren . . . . .	72	66	68	60	55	45	66	65	64	70	631
k) Sturz und Schlag . . .	176	171	211	186	190	175	192	217	193	230	1941
l) Schussverletzung . . .	62	101	100	116	112	80	94	95	114	106	980
m) Schnitt-, Stich- und Bisswunden . . . . .	18	12	9	9	8	11	15	16	20	21	139
n) Operationen . . . . .	11	15	15	19	24	35	31	37	46	34	267
Im Ganzen	687	700	790	779	819	761	833	804	849	893	7913

**Rettung im oder auf dem Eise Verunglückter.**

Am meisten ereignen sich Unfälle dieser Art beim Schlittschuh-aufen oder bei sonstigem Ueberschreiten von Eisflächen. Zur Rettung dient oft noch heute die seit Alters her gebräuchliche Eisleiter, welche in Frankreich ganz passend abgeändert worden ist, indem zwei Leitern kreuzweise zusammengebunden werden, so dass sie von vier Seiten auf dem Eise über der Einbruchsöffnung aufruhen. Von diesen Leitern als festen Stützpunkten aus kann dann die Rettung der Eingebrochenen stattfinden.

Für die betreffenden Hilfsstationen sind ferner Leinen, Haken, Boote vorzusehen, in welchen die Verunglückten ans Ufer zu bringen sind. Delahaye hat noch einen Apparat zum Herausfischen Ertrunkener angegeben, welcher einer grossen Angel gleicht, bei welcher ein Stück Holz als Schwimmer angebracht ist. Der Haken verläuft in vier Zinken und soll den Anzug des Verunglückten fassen. Natürlich ist das Geräth nur für bekleidete Menschen zu benutzen, also nicht in Badeanstalten und in solchen Fällen, wo unbekleidete Personen verunglücken.

Nach Rettung der Verunglückten sind erforderlichen Falls Wiederbelebungsversuche anzustellen, zu welchem Zwecke das Personal der Stationen in der Leistung der ersten Hülfe ausgebildet sein muss, wie dies wohl überall an den Seeküsten als auch an Binnenwässern der Fall ist. Zu sorgen ist ferner für Gebäude, wo die Verunglückten untergebracht werden können, um sie in passender Weise zu lagern, zu erwärmen, zu laben und sonstige Maassnahmen mit ihnen zu treffen. Besonders ist für Anzüge, am besten aus Flanell, zu sorgen, da die durchnässte Kleidung nicht sofort wieder zu gebrauchen ist. Für einzelne Fälle ist

die Anwendung von Sauerstoff angebracht. Wenn auch die Ansichten über die Wirkung dieses Mittels noch vielfach getheilte sind, so ist es zu läugnen, dass der Sauerstoff bei durch Einwirkung des Wassers unglückten guten Einfluss haben kann, so dass die jetzt im Handel befindlichen Sauerstoffbomben auf den Stationen Platz finden sollten. den Postes de secours an der Seine wird Sauerstoff vorrätig gehalten.

Selbstverständlich sind für die Ausrüstung der Stationen die verfahrensmässigen Mittel wichtig, und nach diesen wird sich auch die Reichhaltigkeit des Rettungsapparates richten müssen.

### III. Rettungswesen auf den Eisenbahnen.

In beinahe allen Ländern, wo Eisenbahnen vorhanden, sind Theile sehr vollkommene Vorkehrungen für Rettung Verunglückter getroffen.

Durch die vorgeschrittene Technik sind in den letzten Jahren Unglücksfälle auf den Eisenbahnen seltener geworden. Sie werden trotz aller von den Behörden getroffenen Vorsichtsmaassregeln nicht vermeiden lassen, da für ihre Entstehung neben dem persönlichen Verhalten der betreffenden Beamten Naturereignisse eine bedeutende Rolle spielen. Tunnels, Brücken, Dämme und andere eigens für Eisenbahnbetrieb hergestellte Anlagen bedingen dadurch, dass sie Witterungseinflüssen nicht genügend Widerstand leisten, Gefahren, welche häufig in Zusammenstößen, Entgleisungen, Abstürzen äussern. Der persönlichen Aufmerksamkeit der Beamten ist ferner die Stellung von Signalen und Weichen, die verschiedene Fahrgeschwindigkeit unterstellt, und durch Ausserachtlassung der hierbei erforderlichen Sorgfalt Unglücksfälle geschehen können, ist es eine anerkannte Pflicht der Bahnverwaltung für eine möglichst ausreichende und schnelle Hilfe bei Unglücksfällen Sorge zu tragen, welcher auch in den meisten Kulturstaaten jetzt in ausgiebiger Weise genügt wird.

Die auf der Eisenbahn vorkommenden Unfälle können einerseits Personal des Zuges oder der Station, andererseits die Fahrgäste treffen. Sie können sich im fahrenden oder stillstehenden Zuge, auf Strecke oder Haltestelle oder ausserhalb des Zuges ereignen. Man hat nun sowohl in den Zügen als auch auf den Haltestellen Maassnahmen vorbereitet, um bei einem Unglücksfalle sofort helfend eintreten können. Die meisten Unfälle geschehen naturgemäss auf der Eisenbahn durch Entgleisungen, Zusammenstösse und andere den Zug selbst betreffende Umstände, welche die im Zuge befindlichen Personen in Mitleidenschaft ziehen, sei es, dass der Zug im Fahren oder auf einer Haltestelle sich befindet, wo ein anderer Zug durch falsche Weichenstellung in ihn hineinfährt. Viel seltener geschieht es auf den Eisenbahnen, dass jemand im Zuge während der Fahrt plötzlich erkrankt oder durch einen besonderen Unglücksfall, durch Ausgleiten oder auf andere Weise, welche nur seine eigene Person betrifft, verunglückt.

die letztere Fälle erheblicher Natur, so wird es am besten noch Ziehen der Nothleine den Zug zum Stehen zu bringen, damit Hilfe zunächst durch die ausgebildeten Eisenbahnbeamten geleistet kann, falls nicht zufällig ein Arzt im Zuge vorhanden. In allen Fällen wird es vielleicht angängig sein, zu warten, bis der Zug an der Unfallstelle erreicht, wo dann sachgemässe Hilfe herbeigeschafft werden

wichtiger sind die Unfälle, bei welchen das Leben einer grösseren Anzahl Menschen bedroht ist, deren Abhülfe auf den fachwissenschaftlichen Congressen eingehend besprochen ist. Es gehen nämlich die Erfahrungen über die Vorbereitungen zur Hülfe bei Eisenbahnunfällen auch auf die Fachgelehrten selbst, sowohl unter den zuständigen Beamten als unter den Aerzten, weit auseinander.

Die Herstellung der Einrichtungen zur ersten Hülfe ist die Zuerst der Fahrgeschwindigkeit der Züge wichtig. Strecken von unendlicher Länge werden in einer Zeit zurückgelegt, deren Kürze noch vor wenigen Jahren nicht denkbar erschienen wäre. Den gewaltigen Betrieb

der Deutschen Bahnen veranschaulicht die Statistik von 1899.

Die Länge der Bahnen belief sich auf 49 041 km., 26 272 Signallegrapheneinrichtungen waren vorhanden, von 9798 Stationen 1283 Bahnhöfe, 3583 Haltestellen, 1932 Haltepunkte. 812,7 Mill. Personen wurden befördert, welche 18 660,4 Millionen Personenkilometer auf 39 300 auf 1 km zurücklegten. Im gesammten Betriebe waren durchschnittlich 521 760 Beamte und Arbeiter beschäftigt.

In den Unfällen waren 431 Entgleisungen, von welchen 158 auf freier Strecke sich ereigneten. Ferner geschahen 334 Zusammenstösse, 143 auf freier Strecke. Die Ursachen beider Arten von Unfällen sind sehr verschiedene. Bei den Zugunfällen wurde ein Reisender getödtet und wurden 133 Reisende verletzt. Ausser den Zugunfällen fanden sonstige Betriebsunfälle statt, davon 753 auf freier Strecke. Bei sämmtlichen Unfällen wurden 921 Personen, darunter 67 Reisende, getödtet, 19 300 Personen (317 Reisende) verletzt. Dies sind auf 1 Million durchgezogenen Zugkilometer 6,50.

Die Zahlen aus früheren Jahren sollen die Gefahren des Eisenbetriebes recht deutlich veranschaulichen, um allzu übertriebenen Vorstellungen über die Unsicherheit auf der Eisenbahn besonders in Deutschland entgegenzutreten.

Von 1880 bis 1897 ereigneten sich im Jahresdurchschnitt auf 1 Million Zugkilometer:

	Unfälle	oder im Verhältniss ausgedrückt
in Preussischen Staatseisenbahnen .	10,7	1,00
in allen Deutschen Bahnen . . . . .	12,4	1,16
in Oesterreichisch-Ungarischen Bahnen	13,3	1,24
auf allen Vereinsbahnen . . . . .	12,6	1,18

Nach den weiteren Zusammenstellungen von Blume-Philippsburg



auf der 23. Versammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege aus der Denkschrift der Staatseisenbahn-Verwaltung den Deutschen Reichstag ist zu entnehmen, dass, wenn man Zahl der beförderten wie der verunglückten Reisenden mit der der Zugkilometer der zur Personenbeförderung dienenden Züge gleicht, man bezüglich der beförderten Reisenden folgendes hältniss erhält bei den Staatseisenbahnen

Preussens		Deutschlands		Frankreichs		Englands
1	:	0,92	:	0,71	:	1,33

bezüglich der verunglückten Reisenden aber bei den Staatseisenbahnen

Preussens		Deutschlands		Frankreichs		Englands
1	:	1,10	:	1,83	:	5,54

Es ist weiter aus diesen Tabellen zu entnehmen, dass auf 1 M Personenkilometer die Zahl der verunglückten Reisenden im Ja durchschnitt betrug:

auf den Preussischen Staatsbahnen . . .	0,015 Reisende	1,0
„ allen Deutschen Bahnen . . . . .	0,019	„ 1,2
„ den Oesterreichisch-Ungarischen Bahnen	0,025	„ 1,6
„ allen Vereinsbahnen . . . . .	0,022	„ 1,4
„ den Französischen Bahnen . . . . .	0,039	„ 2,6

Dies ergibt ein Verhältniss von 1 : 1,27 bzw. 1,67 : 1,47 : 2,6

Von 1000 Angestellten verunglückten von 1880—1897 im Ja durchschnitt auf den Preussischen Bahnen 5,31, auf den Deutschen Bahnen 6,11 und auf 1 Million Zugkilometer auf den Preussischen Bahnen 6,22, auf den Deutschen Bahnen 6,84.

„Danach betrug die Gesamtzahl der verunglückten Personen auf 1 Million kilometer aller Züge im Durchschnitt der verglichenen Jahre

auf den Preussischen Staatsbahnen . .	6,86 Personen
„ allen Deutschen Bahnen . . . . .	7,60 „

Es sind also in England und Frankreich mehr Reisende verunglückt : Deutschland. Sehr beruhigend wirken die von Blume aus dem Buche von V „Schule des Eisenbahnwesens“ 1880 angeführten Zahlen. Die Gefahr auf der bahn zu verunglücken, ist bei den preussischen Bahnen dreimal geringer, „: gewiss nicht sehr nahe liegende Wahrscheinlichkeit, das grosse Loos zu gewir Nach einer anderen Berechnung Weber's wird ein Reisender, wenn er Tag und auf einer preussischen Eisenbahn fährt und 21 km in der Stunde zurücklegt 307 Jahren verletzt und nach 1540 Jahren getödtet werden. Endlich ist nach V statistisch nachgewiesen, dass im Jahre 1872 in Preussen mehr Personen (546) Lastfuhrwerke verunglückten als durch Eisenbahnfahrt (460)“.

Und dabei war damals noch keine elektrische Strassenbahn Betrieb, welche in einzelnen Städten erhebliche Unfälle verursacht.

Für die Mitnahme von Geräthschaften im rollenden Zuge ist zu achten, dass der Inhalt der Rettungskästen durch die beständige Erschirung und durch das Eindringen von Rauch und Staub auch bei samstem Verschluss beschädigt wird. Ferner können die Gegenstände

erlust vieler Menschenleben bei grösseren Eisenbahnunfällen der letzten Jahre in Deutschland angesehen worden. Durch den Zusammenstoss zweier Züge werden die wenigen Ausgänge für die Fahrgäste unbenutzbar. Letztere sind also in dem Wagen eingeschlossen. Das für Beleuchtungszwecke vorgesehene Gas entzündet sich, erzeugt einen ungeheuren Hitzegrad, und die eingeschlossenen Menschen gehen in qualvoller Weise zu Grunde. Allerdings wird von anderer Seite behauptet, dass auch die elektrischen Leitungen nicht ganz ungefährlich für die Fahrgäste sind, da z. B. in Amerika etwa 16 000 mit Fettgas beleuchtete Züge verkehren, und nur sehr selten durch diese Beleuchtung verursacht Unglücksfälle vorkommen sollen.

Bei den Berathungen wurde auf allen Congressen über diesen Gegenstand verlangt, dass Rettungsmittel und -werkzeuge, welche bei plötzlichen Erkrankungen und Unglücksfällen nothwendig, in steter Bereitschaft zu halten sind.

Es müssen also auf allen Stationen Rettungskästen, ferner in jedem Zuge eine Rettungstasche oder, wie bei den Preussischen Zügen, ein Erbandkasten beim Zugführer vorhanden sein, alle Stationen müssen über Beförderungsmittel für Verletzte verfügen, welche v. Czatóry auch in den Zügen selbst unterzubringen verlangt. Ferner wünscht er, „dass jeder Eisenbahnstation ohne Ausnahme eine stets gefüllte Eisgrube vorhanden sei“. Die Bahnärzte haben über alle Vorkehrungen die Aufsicht zu führen und besonders das Bahnpersonal sowohl der Stationen als des rollenden Zuges in der ersten Hülfe bei Unfällen und plötzlichen Erkrankungen zu unterweisen.

Brähmer hat als erforderlich für die erste Hülfe bei Eisenbahnunfällen nothwendig hingestellt „die Bereithaltung der zur ersten

allgemeinen Gebrauch bestimmt, während die zweite für die Benutzung des Arztes nach Dienstvorschrift vorbehalten ist.

Die von Brähler gegen das Vorhandensein von Chloroform geltend gemachten Bedenken sind wohl gerechtfertigt, wenn man eine grössere Menge des Mittels in einer Flasche bereit hält. Es erscheint zweckmässig, nur kleine Mengen Chloroform für den Gebrauch bei der ersten Hülfe auch in den Rettungswagen zur Verfügung zu haben, wie z. B. in den Leipziger Sanitätswagen geschieht, wo je 25 g in versiegelter Flasche aufbewahrt werden, und keine angebrochene Flasche weiter benutzt werden darf. Brähler hält auch eine Unterhautspritze mit Morphiumlösung und Aether in dem Rettungskasten für erforderlich „ein Vorschlag, dem man sich leider bisher in Preussen verschlossen hat.“ Es ist der Ansicht von Brähler bezüglich der Spritzen zuzustimmen, wenngleich die Bedenken, welche von den Behörden anscheinend gegen das Vorräthighalten von fertigen Morphiumlösungen geäussert sind, Berechtigung haben. Gegen das Bereithalten der oben erwähnten fertigen sterilen Morphiumlösungen in Glasröhrchen wird man wohl nichts einwenden können, da gerade diese Art der Bereithaltung von Arzneimitteln zur Unterhautspritzung für die erste Hülfe sehr werthvoll ist. Die angegebenen Röhrchen mit Morphiumlösung, Kamphoröl und Aether sowie mit Ergotin dürften auch für das Eisenbahnrettungswesen sehr geeignet sein.

Der Inhalt der Kästen muss in bestimmten Zwischenräumen besichtigt oder erneuert werden, da, wenn er längere Zeit nicht gebraucht wird, verdirbt. In Preussen hat eine vierteljährliche Revision stattzufinden, welche unbedingt erforderlich erscheint. Die Aufbewahrung der Kästen muss an geeigneten Plätzen erfolgen, unbrauchbar gewordene Gegenstände müssen durch neue ersetzt werden.

Von entscheidender Bedeutung auch für das Eisenbahnrettungswesen ist die Bereitstellung entsprechender Beförderungsmittel auf den Stationen. Auf grösseren Stationen ist es ferner erforderlich, geeignete Beförderungsmittel für Kranke, welche nicht gehen und besonders nicht Treppen steigen können, in Bereitschaft zu halten. Ihr Vorhandensein ist häufig nothwendig und dient zur Erleichterung des Transportes von Personen, welche die jetzt wohl überall vorhandenen hohen Treppen zu den Bahnsteigen nicht selbst emporsteigen können.

Auf grösseren Stationen sind ausserdem Rettungswagen bereit zu halten, welche wohl zuerst von v. Czatóry in Budapest angegeben worden sind. Ich habe sie im vorigen Artikel näher beschrieben und auf eine Abbildung in einer früheren Arbeit von mir hingewiesen. Solche Wagen sind bei den Ungarischen Staatsbahnen im Gebrauch, ferner verfügt Bayern über Rettungswagen, während in Preussen, Württemberg, Sachsen eigene Salonkrankenwagen für Beförderung von Kranken — auch von Verletzten — zur Verfügung stehen.

Die in Frankfurt a. M. vorbereiteten Rettungseinrichtungen für Eisenbahnunfälle werden später geschildert.

Von Deutschen Ländern ist besonders noch Bayern zu erwähnen, welches über vortreffliche Einrichtungen für das Rettungswesen bei Eisenbahnunfällen verfügt. Im Jahre 1896 erschienen „Vorschriften über das Rettungswesen bei Unfällen auf den k. b. Staatseisenbahnen“, in welchen Anweisungen über den gesamten Rettungsdienst bei Eisenbahnunfällen niedergelegt sind. Das Stations- und Bahnpersonal wird von den Bahnärzten in der Leistung der ersten Hülfe bei Unfällen unterwiesen. Hilfsmittel und Einrichtungen zu Rettungszwecken sind Verbandtaschen, Rettungskästen, Tragbahren, Räderbahren, Hilfs- und Requisitionswagen, Rettungswagen, Rettungszimmer. Verbandtaschen hat jeder Zugführer mitzuführen. Grosse und kleine Rettungskästen sind auf verschiedenen Stationen untergebracht, ferner auch Tragbahren, während Räderbahren auf grösseren Stationen stehen. Hilfs- und Requisitionswagen sind Kastenwagen mit Werkzeugen zum Einheben entgleister Wagen und zum Freimachen der Bahn. Sie enthalten zwei Tragbahren. Die zehn nach dem Durchgangssystem gebauten Rettungswagen dienen zur Beförderung von Kranken und Verwundeten bei Eisenbahnunglücksfällen. Sie haben je 10 Tragbahren auf Ständern mit Grund'scher Federanordnung in zwei Reihen übereinander.

Ihre Instandsetzung sowie die Benutzung und Beladung der Wagen, welche vom Zugpersonal eingeübt wird, ergibt sich aus den betreffenden Anweisungen genannter „Vorschriften u. s. w.“

„Auf Stationen, in welchen mehrere Bahnlinien zusammenlaufen oder ein umfangreiches Rangirgeschäft sich abwickelt, sind eigene Zimmer bereit zu halten, in welchen erkrankten oder verletzten Reisenden und Bediensteten vor der Ueberführung in ihre Wohnung oder in ein Spital Unterkunft gewährt und nöthigen Falles die erste Hülfe geleistet werden kann.“ Die Zimmer sollen möglichst in der Nähe der Bahnsteige gelegen sein, nicht unter 25 qm Bodenfläche enthalten, hell, luftig, heizbar, leicht zugänglich und mit deutlicher Bezeichnung „Rettungszimmer“ versehen sein.

Ihre Ausstattung ist im § 19 der Vorschriften beschrieben, während § 20 die Bereitstellung von „Hülfsmannschaften“ ordnet.

Im Rettungszimmer ist der grosse Rettungskasten und eine Tragbahre auf hölzernem Untergestell zu bewahren, welches gestattet, dass ein Verletzter bis zum Weitertransport auf der Trage bleiben kann, ohne sich zu nahe dem Erdboden zu befinden.

In Oesterreich sind genau ausgearbeitete „Vorschriften betreffend das Rettungswesen bei Eisenbahnen“ vorhanden. Zunächst werden die Tragbahren erwähnt, welche in jeder Station mit Ausnahme der Haltestellen aufgestellt werden. Ferner sind grosse, kleine Rettungskästen und Verbandkästchen vorgesehen und Anweisungen für die Bediensteten erlassen.

Die Züge führen nach dem Erlass des Handelsministers vom 23. Januar 1889 keine Rettungsgeräthe mehr mit sich, sondern dieselben werden in den Stationen selbst aufbewahrt. In jeder Station wird eine

einfache offene Tragbahre aufgestellt, in denjenigen, wo eine Uebeführung ins Krankenhaus geschehen kann, ist eine gepolsterte gedeckte Stadtrage bereit zu halten. Auf den Stationen, welche über Hilfslocomotiven verfügen, ist ein grosser Rettungskasten und am Wohnsitz des Bahnarztes, falls kein grosser Rettungskasten daselbst vorhanden, ein kleiner aufzustellen. Stationen — mit Ausschluss der Haltestellen — welche weder grosse noch kleine Verbandkästen haben, erhalten Verbandkästchen.

Bei Verletzung von Menschen wird durch ein neu festgesetzte Glockenzeichen die nächste Station verständigt, eine Hilfsmaschine mit Aerzten und Transportmaterial zur Unfallstelle zu entsenden. Die hohe Bedeutung, die in Oesterreich dem Krankentransportwesen als Grundlage für das Rettungswesen beigelegt wird, ergibt sich aus dem Umstand, dass von der Ferdinands-Nordbahn auf Antrag verschiedene Erleichterungen betreffs der Rettungskästen gewährt, bezüglich der gedeckten Tragbahren aber nicht genehmigt wurden.

Die grossen Rettungskästen in den Maschinenstationen dienen in erster Reihe für Hilfsleistungen bei Unfällen auf der Strecke, die kleinen Kästen in den Bahnarztstationen sowohl für diese als für den regelmässigen Sanitätsdienst, in gleicher Weise die Verbandkästchen. Die Tragbahren sind stets in Ordnung zu halten und nach Verfügung des Bahnarztes zu desinficiren.

In den sechs Oesterreichischen Rettungswagen sind die zur Verbesserung des Materialschadens nothwendigen Geräthe und eine Anzahl Tragbahren vorhanden, während in Wien zwei Wagen bereit stehen und ein anderer Wagen die Tragen und Verbandgeräte für die verunglückten Personen enthält. Bei grösseren Unfällen ist, wenn die am Unfallort verfügbaren Rettungsgeräte nicht ausreichen, die Hilfe der Wiener Freiwilligen Rettungsgesellschaft heranzuziehen. Sind mehrere Personen bei einem Unfall verletzt, so ist bei dem Hilfszuge auch für geeigneten Wagen zur Beförderung der auf die Tragbetten zu lagernden Verletzten zu sorgen.

In Ungarn ist der gesammte sanitäre Eisenbahn- und Schifffahrtsdienst nach Gesetz vom Jahre 1876 vorgeschrieben und einem besonderen Chefarzte, dem bereits mehrfach genannten v. Czatóry, unterstellt. Die nach seiner Angabe hergestellten Rettungswagen waren bereits erwähnt. Sie sind besonders bemerkenswerth, weil die darin befindlichen Betten als Tragmittel und Lagerstätten für die Patienten benutzt werden können. Der Wagen ist mit allen Geräthen und Werkzeugen für einen Nothverband ausgestattet, ferner mit Vorrichtungen für kaltes und warmes Wasser, Eis, Medicamenten. Er kann jeder Zeit an die Unfallstelle entsendet werden und selbst eine grössere Zahl von Verletzten auf sechs Lagerstätten aufnehmen. Ferner verfügt er über einen Raum für den Arzt, welcher den Verletzten begleitet oder sich mit an die Unfallstelle begiebt. Die Eisenbahnverwaltung hat drei solcher Wagen herstellen lassen

und an den Hauptstationen und Knotenpunkten der Eisenbahnen eingestellt.

Ausserdem sind vorhanden grosse Rettungskästen auf den Bahnen ersten Ranges in jeder Inspections- und Endstation, bei den Bahnen zweiten Ranges und den Vicinalbahnen, in den Locomotivstationen, von welchen aus eine Hilfsmaschine herbeigeholt werden kann. Der Kasten enthält ausser den sonst gebräuchlichen Geräthschaften ein Amputationsbesteck und Desinfectionsmittel.

Auf allen Stationen, die Wohnort eines Bahnarztes sind, aber keine grossen Rettungskästen besitzen, sind kleine untergebracht, die die gleiche Ausstattung wie die grossen, aber kein Amputationsbesteck haben.

Grosse Rettungstaschen sind in allen Stationen der Bahnen ersten Ranges mit Ausnahme der Haltestellen, wo erstere beiden nicht vorrätig sind, bei den Bahnen zweiten Ranges und Vicinalbahnen nach Bedarf vorrätig. Sie enthalten Verbandstücke, Holzschienen, Scheere, derpresse, Dower'sche Pulver.

Wie in Preussen (im Gegensatz zu Oesterreich) wird im Packwagen des jeden Zuges eine kleine Rettungstasche mitgeführt. Ueberall in Stationen und Werkstätten, wo eine grössere Zahl von Arbeitern und Beamten in Thätigkeit ist, sind grosse und kleine Rettungskästen aufstellen.

Sofort nach Gebrauch sind bei allen Rettungsgeräthen die gebrauchten Gegenstände zu ergänzen.

In allen Stationen, wo sich Krankenhäuser befinden, stehen gekerkte Krankentragen bereit, während offene Tragbahnen in allen Stationen der Bahnen ersten Ranges mit Ausnahme der Haltestellen und in den Zwischenstationen der Secundär- und Vicinalbahnen aufbewahrt sind.

Alle Verkehrs- und Zugbegleitungsbeamten erhalten Unterricht in der ersten Hülfe. Besondere Glockenzeichen sind ausser der Benutzung von Telegraphen und Telephonen zur Herbeirufung der Hilfslocomotive und Rettungswagen anzuwenden.

Neben diesen amtlich hergestellten Versorgungen für die Rettung Verunglückter bei Eisenbahnunfällen in Oesterreich-Ungarn ist der von der Wiener Freiwilligen Rettungsgesellschaft hierfür neuerdings bereitgestellte „Sanitäts-Ambulanzwaggon“ zu erwähnen. Diese Gesellschaft hatte bereits vor langer Zeit auf den Wiener Bahnhöfen Tragmittel aufgestellt und schon am 18. Januar 1883 in besonderer Vereinbarung die Verpflichtung übernommen, nicht nur in der Nähe Wiens, sondern auf eine Entfernung von 300 km und darüber hinaus mit Personal und tens hierfür bestimmtem Material jedem Ruf zu einem Eisenbahnunfall unverzüglich Folge zu leisten. Diese „Normen betreffs Heranziehung der Wiener Freiwilligen Rettungsgesellschaft zur Hülfeleistung bei Eisenbahnunfällen“ sind noch jetzt in Gültigkeit.

Insgesamt leistete die Gesellschaft seit Begründung bei 10 grösseren Eisenbahnunfällen mit 78 Verletzten Hülfe. Seitens der Verwaltung wurde nun der Gesellschaft für Hülfsleistung auf dem Gebiete

der Stadtbahn ein Malteserwaggon zur Verfügung gestellt, welcher in erforderlicher Weise ausgerüstet in der Station „Hauptzollamt“ der Stadtbahn eingestellt wurde. Aus der Schilderung der Gestaltung und Ausrüstung des Wagens von Charas gebe ich das Wichtigste hier wieder.

„Der Wagen ist ein von der k. k. Staatsbahn beigestellter zweiachsiger, gedeckter Sanitätswagen Serie Gsm. Construction 1892 für den Maltheser-Orden, gebaut von der Maschinen- und Waggonfabriks-Actiengesellschaft in Wien-Simmering. Er besteht im Wesentlichen aus dem eisernen Untergestell-Rahmen mit Plattformen und Laufwerk, aus dem Gepäckkasten und dem Wagenkasten mit Oberlicht-Aufbau.

Das Untergestell ist durch 2 eiserne Träger gebildet, welche mit den Bruckstücken durch Winkel und Schrauben verbunden sind. Der so gebildete Rahmen ist durch eingeschaltete Querträger, ferner durch zwei Diagonalstreben versteift und unterstützt durch Winkel und Schrauben befestigt.

Die Länge des Untergestelles, gemessen von äussersten Kanten der Brustträger beträgt 8090 mm.

Die Tragfedern sind aus flachem, geripptem Gussstahl und sind mittelst Charnieren und Stützen aufgehängt. Die Federn haben acht Blätter von 80 mm Breite und 13 mm Dicke, und haben im freien Zustande eine Pfeilhöhe von 125 mm und eine Länge von 1100 mm.

Die Zugvorrichtung ist eine durchgehende. Die Schraubenkuppelungen, Nocken und Zughaken sind nach dem deutschen Vereinsnormale ausgeführt.

In der Mitte des Untergestelles zwischen den beiden Langträgern und den zwischentragenden Querträgern ist der Gepäckkasten eingebaut.

In seinem oberen Theil, zwischen Langträger und Diagonalstreben, ist derselbe als Kohlenkasten ausgebildet, welcher vom Innern des Wagens durch zwei im Boden eingebaute kleinere Deckel leicht zugänglich ist.

Während der Fahrt ist der Gepäckkasten vom Innern des Wagens aus durch zwei grössere, ebenfalls im Boden eingelassene Deckel zugänglich gemacht, befindet sich der Wagen in Ruhe, so ist der Gepäckkasten auch von Aussen durch zwei Doppeltüren, welche mit Zolllplombenösen versehen sind, zu öffnen.

Das Gerippe des Wagenkastens besteht im Wesentlichen aus dem eisernen Fuss und dem hölzernen Dachrahmen, welche mittelst Säulen fest verbunden, die wieder durch Consolen an die eisernen Langträger befestigt werden.

Der Waggon wurde mit der durchgehenden Vacuum- und Dampfrohrleitung ausgerüstet, damit derselbe auch in Personenzügen verkehren könne. Bei Anbringung der Heizkörper kann sonach der Waggon auch mit Dampf beheizt werden.

Die beiden Schiebethüren wurden geschlossen und festgestellt, die Thüröffnungen im Innern mit einer Verschalung versehen.

Der Aufbau erstreckt sich über die ganze Länge des Kastens, er hat eine lichte Breite von 1200 mm und eine Höhe von 478 mm.

In demselben befinden sich 28 Fenster aus mattem Glase.

Die beiden Doppeltüren, welche je eine lichte Höhe von 1990 mm und eine lichte Breite von 950 mm haben, gestatten, dass man mit den Tragbahnen, welche 1885 mm lang und 645 mm breit sind, bequem hindurch kommen kann. In geöffnete Stellung werden dieselben von Arretirungs-Vorrichtungen festgehalten und können sowohl von innen als auch von aussen gesperrt werden.

Auf der Aussenseite der beiden Schiebethüren befindet sich die Firma und das Emblem der Gesellschaft, sowie der Verwendungszweck des Wagens: „Wiener Freiwillige Rettungsgesellschaft Sanitäts-Ambulanzwaggon“.

Der Waggon hat im Innern einen weissen, waschbaren Oelanstrich. Der Fussboden ist mit Linoleum bespannt.

Zur Unterbringung der Tragbetten ist an einer Längswand ein grosses doppeltes, an der anderen Längswand ein einfaches Gestell untergebracht. Die Gestelle werden je zwei aufrecht stehenden Ständern mit Füßen gebildet, welche in einer für die Aufnahme der Tragbetten entsprechenden Entfernung von einander, unten oben mittelst eines Barrens zu einem Ganzen verbunden sind. An den Ständern oben und unten sind in entsprechender Entfernung zur Aufnahme von je einem Tragbette Querstücke angebracht. Sämmtliche Gestelle sammt Querstücken sind aus Eisen angefertigt: sie nehmen dadurch einen bedeutend geringeren Raum ein als hölzerne, sind solider und stabiler, und trotzdem nicht schwerer als diese.

Auf diesen Gestellen sind acht Tragbahnen, etagenmässig je zwei übereinander, untergebracht, so dass auf dem grossen Doppelgestelle sechs, und auf dem kleinen Gestelle zwei Tragbahnen sich befinden.

Die Tragbahnen sind ganz genau nach dem Modelle der Ambulanzwagen-Tragbahnen der Wiener Freiwilligen Rettungs-Gesellschaft angefertigt, in denselben Dimensionen gehalten, mit verstellbarem Kopftheil und einschiebbaren Handgriffen versehen, gut gepolstert und mit weissem, waschbarem Ledertuch überzogen. Für jede Tragbahre sind zwei weisse Wollkotzen und ein Leintuch vorhanden.

Zur Sicherung der Kranken befinden sich an der Aussenseite jeder Tragbahre Hülsen, in welche Schutzgitter eingeschoben werden können. Diese Schutzgitter sind in der Regel an der der Tragbahre entsprechenden Waggonwand unterbracht.

Dasselbe (Sanitätsmateriale) ist zum grössten Theile an jener Längswand, an welcher sich das kleine Tragbahrengestell für nur zwei Tragbahnen befindet, unterbracht und zwar: (der grosse Sanitätskasten) mit reichlichem Instrumentarium, Verbandmitteln und Sanitätsmateriale aller Art ruht auf einer 60 cm hohen Stellage. Unterhalb derselben sind Leibschüsseln und Urinflaschen, während innerhalb des Sanitätskastens auf einer Doppelstellage Trinkgläser, Wassereflaschen, Urinflaschen und andere Sanitätsutensilien sich befinden. An der Stirnwand des Waggons ist ein grosser Messing-Irrigator untergebracht.

Neben dem grossen Sanitätskasten, auf einer kleinen Stellage steht mit allen Arten gepolsterten und ungepolsterten Schienen, Petit'schen Stiefeln, Plama, etc. Watte, sowie dem nöthigen Verbandmateriale der Schienensack.

Hieran reihen sich:

Zwei Verbandtischehen mit einer Nickel-Doppelcassette, in welcher die nöthigsten Instrumente und Verbandstoffe für den fallweisen Gebrauch im Innern des Waggons während der Fahrt vorrätig sind.

Diese beiden Verbandtischehen sind in der Weise construirt, dass auf dieselben zu entsprechender Distanz auseinandergestellt eine Tragbahre aufgelegt, und hierdurch ein Operationsbett improvisirt werden kann.

In Geräthkasten (Trommel) sind Emailgefässe für Trinkwasser, für Desinfectionsfüssigkeit, Fackeln, Stricke, Gurten etc. untergebracht.

Die Beheizung erfolgt durch einen Füllofen, System Meidinger, welcher an der Verschönerung der Schiebethür jener Längswand steht, an welcher das Sanitätsmateriale sich befindet. Neben dem Ofen befindet sich ein Kohlenkübel sammt den Ofenbeheizungsgeräthen, während das Heizmateriale in der nur vom Innern des Waggons zugänglichen kleinen Trommel vorrätig ist.

Die Ventilation geschieht durch Hervorziehen der unteren Schiebethüre des



Ofens und durch sechs bewegliche Fenster am Kastenaufbau, welche 1 verschluss und Handgriffen versehen sind.

Die Beleuchtung wird durch die oberhalb der beiden Stirnthüren an fixen Oellampen mit Reflectoren, dann durch eine Oellampe zum Hängen und sowie durch drei vorrätige transportable Oellaternen bewerkstelligt.

Neben dem Ofen ist eine Waschoilette mit umkippbarem Lavoir, V servoir und Abfluss angebracht. Unterhalb der Wasch-Toilette befindet sich

Wäscheschrank mit Vorräthen an Compressen, Handtüchern, O mänteln etc.

Sämmtliche Gegenstände und Sanitäts-Utensilien im Waggon sind th entsprechende Einschnitte, theils durch Umrahmungen oder durch Ledergru

Von den Einrichtungen anderer Länder sollen noch die i reich vorhandenen Vorkehrungen an dem Beispiele der „Che fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée“ erläutert werden. V arzt der Gesellschaft, Blum, sind die bezüglichlichen Dienstanz genau ausgearbeitet, welche zunächst gesundheitliche Vorsich regeln für das Dienstpersonal enthalten, ferner Anweisungen Personal zur ersten Hülfeleistung bei Unfällen vor Ankunft de Anweisungen zur Anwendung des Inhaltes der Rettungskästen ohne Anordnung des Arztes benutzt werden dürfen. Die Rettur befinden sich auf bestimmten Bahnhöfen, während Verbandkä Züge mitgeführt werden. Die Rettungswagen sind mit erforder Transport- und Verbandmaterial ausgestattet. Ausserdem sir bahnen auf den hauptsächlichsten Bahnhöfen untergebracht. A Kasten befindet sich folgende Inschrift: „Kein geöffnetes Pac wieder benutzt werden“. Alle Geräthschaften werden halbjährli gesehen. Bei der Zusammensetzung der Rettungskästen fällt d grosse Zahl von Flaschen mit flüssigem Inhalte auf. Sogar wird in alkoholischer, stark concentrirter Lösung (4 Theile Alk 1 Theil Sublimat) statt der sonst üblichen trockenen Form bereit

In Belgien sind gleichfalls ausgedehnte Massnahmen für d bei Eisenbahnunfällen vorgesehen. Es sind etwa 1700 Rettun auf den Belgischen Bahnen vorhanden, welche in den Person gemischten Zügen, auf den Stationen, Haltestellen, Haltepunkter stätten und Rettungswagen untergebracht sind. Auf den grösse tionen sind Räderbahnen eingestellt. Als Material für das Rettu sind vorhanden Rettungskästen, Verbandkästen, Petroleumkochen wasserbehälter, Trag-, Fahrbahnen und zusammenlegbare Bett Rettungskästen befinden sich auf allen Stationen und Haltesteller stätten, Zügen, sie werden halbjährlich nachgesehen. Auf den befinden sich ausserdem Transportmittel. Die Bahnbeamten Unterricht in der ersten Hülfe.

Ausserdem sind noch in den meisten Europäischen Sta auch vielen Aussereuropäischen Ländern Rettungseinrichtungen v die sich auf Bereithaltung von Verband- und Transportmaterial und in den Stationen beschränken.

#### IV. Rettungswesen im Gebirge.

Die erste Hülfe im Gebirge ist jetzt in vielen Gegenden in mehr oder weniger zweckmässiger Weise geordnet. Besonders ist in den Hochgebirgen, in den Alpen, ein umfangreicher Rettungsdienst eingerichtet worden. Es ist ein besonderes Verdienst der verschiedenen Gebirgsvereine und -clubs, für diese Verhältnisse jetzt in umfangreicher Weise Sorge getragen zu haben.

Wie S. 442 auseinandergesetzt, nimmt den Haupttheil des Rettungsdienstes im Gebirge die Sorge für die Beförderung der Verunglückten ein. Man hat jetzt in den Clubhütten für Aufstellung von im Gebirge geeigneten Transportmitteln gesorgt und auch dort Verbandmittel und Medicamente für erste Hülfe bei Verunglückungen und plötzlichen Erkrankungen bereit gestellt. Vor allen Dingen hat man Unterrichtscurse in der ersten Hülfe für die Führer eingerichtet und diese mit den nothwendigsten Dingen für diesen Zweck ausgestattet. Gerade im Gebirge bietet sich für die Improvisation ein sehr dankbares Feld, indem da, wo jede Vegetation aufhört, das Material der Hütten auch nicht immer leicht erreichbar ist. Es kommt hier auf einen praktisch geschulten Blick an, welcher auch an den unwirthlichsten Plätzen noch Dinge herausfinden kann, aus welchen Transport- und Verbandmittel im Augenblick der Noth hergestellt werden können. Bernhard-Samaden, Seydel und Lieber, ferner in neuer Zeit auch Baur in Schwäbisch-Gmünd haben besondere Leitfäden für diese Zwecke verfasst, in welchen die Verhältnisse bei Unfällen im Gebirge berücksichtigt sind. Baur und besonders Kormann-Leipzig haben eigene Apotheken für die Zwecke der ersten Hülfe in den Bergen zusammengestellt. Letzterer hat die meisten Medicamente in abgetheilten Gaben in seine Apotheke eingefügt, so dass sie leicht nach der beigegebenen Gebrauchsanweisung benutzt werden können.

Für den Rettungsdienst in den Alpen hat sich seit 1897 eine besondere Rettungsgesellschaft mit dem Sitze in Innsbruck gebildet, die „Alpine Rettungsgesellschaft“. Der Verband behält sich vor, an anderen Orten der Oesterreichischen Alpen Zweigverbände zu gründen und hat als Zweck: „Hülfeleistung bei alpinen Unfällen“. Die Mittel hierfür sind: Gründung eines Rettungsfonds, Einrichtung eines schnellen und zuverlässigen Nachrichtendienstes und Mitwirkung der activen Mitglieder bei den Rettungsarbeiten. Die weiteren Aufgaben der Gesellschaft ergeben sich aus den:

„Satzungen und Einrichtungs-Bestimmungen der Alpinen Rettungs-Gesellschaft.

Bildung und Aufgaben

der

Rettungsstationen.

Die geplante Ausdehnung des Wirkungskreises der alpinen Rettungs-Gesellschaft über das ganze Ostalpengebiet -- soweit für dasselbe nicht eigene alpine Rettungs-

ausschüsse bestehen — erfordert die Gründung von Rettungsstationen, als welch im § 1 der Satzungen erwähnten „Zweigverbände“ gedacht sind. Die Wirk wieder stützt sich auf die Thätigkeit der Activen und Vertrauensmänner.

### I. Rettungs-Stationen

sollen zum Allermindesten an allen jenen Punkten des Alpengebietes — soweit die Thätigkeit der a. R.-G. in Frage kommt — entstehen, die sich ihrer Lage als Mittel- und Ausgangspunkte alpin-touristischer Unternehmung darstellen. Rücksicht auf die sonstige Grösse oder politische Bedeutung der betreffenden Orte.

Hervorragend berufen zur Bildung einer Rettungsstation erscheinen die Vereine, aber auch in jenen Orten, die nicht Sitz solcher alpinen Vereine sind. Rettungsstationen entstehen, und dürfte dies aus dem Grunde nicht schwer fallen zu einer solchen weder die Schaffung eines vielgegliederten Körpers, noch ständlicher Verkehr mit Behörden erforderlich ist; es genügen einige wenige wenn sie nur für das menschenfreundliche Unternehmen der a. R.-G. begeistert sind, für diesen Zweck die nicht allzugrosse Mühe einzusetzen.

Die Aufgaben der Rettungsstation sind:

1. Hilfeleistung bei einem im Arbeitsgebiete der betreffenden Station kommenden alpinen Unfälle, beziehungsweise, falls bereits ein Vertrauensmann veranlasst hat, in dieselbe zweckentsprechend einzugreifen und nach Maassg Falles weitere Arbeitskräfte an den Ort des Unfalles zu entsenden. Die Best der nothwendigen Zahl dieser letzteren muss unter Vermeidung unnöthiger An und eines Aufgebotes überflüssiger Kräfte der Erfahrung und Einsicht des Leit Rettungsstation überlassen bleiben.
2. Gewinnung tüchtiger Alpinisten zur activen Dienstleistung bei den menden Rettungsarbeiten, — der „Activen“.
3. Aufstellung von „Vertrauensmännern“ in den Bergen.
4. Einrichtung des Nachrichtendienstes.
5. Ausfüllen, Verbreitung und Evidenzhaltung der im Punkt IV. n bezeichneten Anschlagzettel (Placate).
6. Gewinnung von beiträgenden Mitgliedern und Abfuhr der Mitglieds an die Centrale.
7. Verkehr mit benachbarten Rettungsstationen, Einigung mit diesen ü örtliche Abgrenzung des Arbeitsgebietes und gegenseitige Unterstützung mit kräften im Bedarfsfalle.

### II. Das Arbeitsgebiet.

Die Wahl und Begrenzung des Arbeitsgebietes steht den einzelnen Stationen. Die Grösse desselben wird sich insbesondere nach den Wege- und Verkehrsv nissen, nach der Zugänglichkeit des Gebietes, der Zahl der verfügbaren Kräf nach der Zahl oder Nähe benachbarter Rettungsstationen richten.

Wenngleich hierbei dem Ermessen der einzelnen Stationen weitester Spi gelassen werden soll, erscheint doch wünschenswerth, dass — bei vollständig geführter Organisation — jeder Punkt im Alpengebiete zum Arbeitsfelde einer gehöre, und dessentwegen die Grenzen zwischen zwei benachbarten Stationen in seitigem Einverständniss festgesetzt werden.

Die gezogenen Grenzen sollen aber keine Schranken für die Pflicht zur leistung bilden, wenn gegebenenfalls eine Rettungsstation in die Lage kommt, als diejenige, auf deren Gebiet sich ein Unfall ereignete, einzuschreiten.

### III. Die Activen.

Als solche sollen nur erfahrene und mit dem betreffenden Arbeitsgebiete vertraute Alpinisten herangezogen werden, denn ihnen obliegt zumeist unmittelbar die verantwortungsvolle Leitung der Rettungsarbeiten.

Der Natur der Sache nach hat der Active ganz selbständig in das Rettungswerk eingreifen, die erforderlichen Hilfskräfte anzuwerben und seinem gewissenhaften Ermessen muss die Ausdehnung der Rettungsarbeiten zumeist überlassen bleiben.

Wünschenswerth erscheint es, dass die Activen sowie womöglich auch die Vertrauensmänner über die nöthigen Kenntnisse in der ersten Hilfeleistung bei Unglücksfällen verfügen.

Als oberster Grundsatz hat in dieser Richtung zu gelten, dieselben soweit auszuheilen und so lange fortzusetzen, als nach menschlicher Voraussicht an die Rettung des Menschenlebens gedacht werden kann.

Ueber Durchführung der Rettungs- und Bergungsarbeiten selbst lassen sich allgemeine Regeln nicht aufstellen; dieselbe muss der Erfahrung und Gewissenhaftigkeit des Leiters anheimgestellt werden, über dessen Person sich die betheiligten Activen einig zu sein haben.

### IV. Die Vertrauensmänner

Die für dieses Amt gewonnenen Bergbewohner auf den vorgeschobenen Posten. Es ist Pflicht, in jedem Falle zuerst Hilfe zu leisten, ihre nächstgelegene Rettungsstation zu verständigen und nöthigenfalls von derselben Unterstützung zu erbitten.

Mit Rücksicht auf die ihnen zufallenden Aufgaben werden sich zu Vertrauensmännern vorzüglich eignen: Bergführer, Träger, Inhaber hoch gelegener Wirths- und Unterkunfthäuser, Bewirthschafter von Schutzhütten, Alm- und Jägersleute, Besitzer von gelegener Einzelhöfe u. s. w.

Um den Alpenwanderern von diesen Grundpfeilern des Rettungswesens Kenntniss zu geben, andererseits, um den Nachrichtendienst möglichst zu beleben, dienen die Anschlagzettel (Placate) nachstehenden Inhaltes:

#### „Alpin-touristische Unfälle.

Für die erste Mittheilung eines alpin-touristischen Unfalles oder der Vermissung eines Touristen im Gebirge bezahlt die alpine Rettungs-Gesellschaft eine Prämie von 5 bis 10 Kronen, auch werden die erwachsenden Kosten vergütet. Nachrichten sind an Herrn (Name und Wohnort des nächsten Vertrauensmannes) oder an die Rettungsstation (Sitz und eventuelle Angabe der Meldestelle) oder an die Centrale der alpinen Rettungs-Gesellschaft in Innsbruck (Telegramm-Adresse: Alpine Rettungs-Gesellschaft Innsbruck) zu richten.

#### Die alpine Rettungs-Gesellschaft“.

Es ist eine wichtige Aufgabe der Rettungsstation diese Anschlagzettel entsprechend auszufüllen und an geeigneten Stellen, (an Unterkunfthäusern, Schutzhütten, hochgelegenen Wirthschaften, Almen, Jägerhäuser, sowie auch in Ortschaften im Thale) anzubringen und unbrauchbar gewordene oder infolge Aenderung im Stande der Vertrauensmänner nicht mehr der Wahrheit entsprechende durch neue, bezw. richtig gestellte zu ersetzen.

(Die erforderliche Anzahl Anschlagzettel stellt die Centrale bei.)

### V. Der Nachrichtendienst.

Auch dieser obliegt in erster Linie dem Vertrauensmanne, der einen in seinem Gebiete vorgefallenen Unfall an seine Rettungsstation zu melden hat.

In der Regel wird er mit dieser Meldung gleichzeitig die erforderliche Unterstützung anfordern.

Um solche Benachrichtigungen bei Tage wie bei Nacht entgegennehmen zu können, muss am Sitze der Rettungsstation eine jederzeit — auch bei Nacht — zugängliche Stelle geschaffen werden. — Zu solchen eignen sich die Wohnung des Vorstandes der Rettungsstation, des Apothekers, Gemeindevorstehers, Gasthäuser, Gendarmerieposten u. dgl. — deren Aufgabe dann ist, die Activen und in jedem Falle den Vorstand, bezw. dessen Stellvertreter zwecks Einleitung der Rettungsarbeiten zu verständigen.

Zu diesem Zwecke hat an der Meldestelle ein Verzeichniss der Activen Mitglieder mit genauer Angabe der Wohnung aufzuliegen.

Die Meldestelle selbst wird durch eine Tafel kenntlich gemacht, die von der Centrale beigelegt wird.

#### VI. Anhang.

Durch Entgegenkommen der höchsten Centralstellen, insbesondere Sr. Excellenz des Herrn Statthalters, des Chefs der k. k. Forst- und Domänen-Direction, der k. k. Finanz-Landes-Direction sowie des Landesverbandes der deutsch-tirolischen Feuerwachen sind sämtliche Gendarmerie-Posten, das Forst-, Jagd- und Finanzpersonal und die Mitglieder der einzelnen Ortsfeuerwehren in den Dienst der alp. Rettsg.-Gesellsch. gestellt und von ihren Vorgesetzten angewiesen von jedem ihnen bekannt gewordenen alpinen Unfälle, sowie einer Besorgniss erregenden Vermisung sofort die nächste Rettungsstation — in Gebieten, wo noch keine solchen bestehen, — die Centrale in Innsbruck zu verständigen.

Die Gesellschaft hat besonders an die Bergführer einen Aufruf gerichtet mit der Bitte: „1. Bei jedem vorkommenden Unfälle wenn und soweit möglich, sofort Hülfe zu leisten. 2. Wenn die eigene Kraft nicht ausreicht, die nächstgelegene Rettungsstation, oder wenn eine solche in der Umgebung nicht besteht, die Centrale der Alpinen Rettungsgesellschaft in Innsbruck dringendst (telegraphisch) zu verständigen und Hülfe zu verlangen. Dagegen sichert die Alpine Rettungs-Gesellschaft dem Führer vollen Ersatz seiner Mühewaltung und Auslagen, sowie ausserdem nach Umständen des Falles und der Verwendung eine Belohnung von 5 bis 10 Kronen zu.“

Die Gesellschaft hat eine rege Thätigkeit entfaltet. Die Meldestellen sind durch Metalltafeln gekennzeichnet. Besonders wurden neue Tragbahnen angeschafft, die ich an anderer Stelle des Handbuchs beschrieben.

Die Rettungsstationen, welche in zahlreichen Orten der Ostalpen eingerichtet sind, haben Tag und Nacht zugängliche Meldestellen für die vorkommenden Unfälle. Sie sind mit Rettungskästen und Transportmitteln ausgerüstet.

Durch internationale Vereinbarung ist ein allgemeines alpinen Nothsignal eingeführt worden. Sechs hörbare oder sichtbare Zeichen in etwa einer Minute wiederholt gelten als Nothsignal, z. B. Rufen, Jauchzen, Pfeifen, Schüsse, Schwenken mit einem Tuch oder Kleidungsstück, bei Nacht Schwenken mit einer Laterne oder sonst einem Licht oder Feuer. Das wesentliche Erkennungsmerkmal ist die sechsmalige Wiederholung

ermann, der dieses Zeichen sieht oder hört, ist verpflichtet, sofort Hilfe zu leisten, oder falls dies unmöglich, Hülfe zu holen oder wenigstens sogleich gehörigen Ortes Anzeige zu machen. Das Zeichen darf nur gegeben werden, wenn Leben oder Gesundheit von Menschen in Gefahr ist. Vor Missbrauch wird gewarnt.

Der Riesengebirgsverein beabsichtigt ähnliche Einrichtungen zur Hülfe unglücklicher ins Leben zu rufen.

Im Harz sind durch den Harzclub, Zweigverein Braunschweig, Rettungsstätten an verschiedenen Stellen, wo ärztliche Hülfe schwer zu beschaffen, aufgestellt worden. Die Stellen sind durch Schilder mit dem rothen Kreuz kenntlich gemacht und in gleicher Weise auf der Touroute angegeben.

### V. Rettungswesen in Bergwerken.

Von älteren Verordnungen, welche sich auf Unfälle im Bergbau beziehen, sollen vor allen Dingen zwei hier erwähnt werden, deren eine der

„Nassau-Catzenelnbogischen Berg-Ordnung zweyte Auflage / welche anjetzo gedruckt / In Wetzlar / durch Georg Ernst Winckler 1711“ in befindet. Es lautet daselbst:

„Der 65. Articul.

So Arbeiter an der Bewercken Arbeit Schaden nehmen.

Und so ein Arbeiter in der Gruben / oder an anderer Gewercken Arbeit / an Gliedmass / Arm oder Bein brechen / oder dergleichen Fällen Schaden nimpt / so soll demselben Arbeiter vier Wochen sein Lohn / und das Artzt-Geld entrichtet werden.“

Die zweite hat den Titel:

„Friedrich Hondorffs Fürstl. Magdeb. Hoff- und Justitien Raths, auch Saltzgräfens Beschreibung des Saltz-Wercks zu Halle in Sachsen, ermehret von Johann Christoph von Dreyhaupt. Königl. Preussischem Geheimen Rath und Saltzgräfen zu Halle. Gedruckt in Halle bey Emanuel Schneidern, Universitäts-Buchdrucker. 1749.“

Dort ist

„Cap. XVI. Von der Würcker, Saltz-Knechte, Träger, Läder und Stöpper Extraordinar-Verrichtungen.

§ 6. wegen derer, so in Feuers-Noth, an ihrem Leibe verbrandt werden. Arm oder Bein entzwey fallen, oder sonst einigerley Schaden an ihrem Leibe nehmen, hat Ertz-Bischoff Albertus Anno 1516 verordnet: dass denselben, wo es im Thale geschehen; vom Thale; do es aber sonst in der Stadt geschehen, durch den Rath, ziemliche und leidliche Erstattung, nachdem der Schade gross oder klein ist; mit Erlegung des Artz-Lohns, wiederfahren solle.

§ 7. Wan bey grossen Wässern das Thal in Gefahr stehet, müssen sich die Würcker sambt Lädern, Stöppern, und ihren Knechten zu Hakenhornischen Spulhause finden; das in der Spule zusammenlaufende

Wasser; heraufhaspeln; und in den Kahn aus den Eimern stürzen; aus welchen es; in darzu gemachten Rinnen fället; und in denselben wieder hinaus; in den Saalstrom fliesset.“

Die in Bergwerken sich ereignenden Unfälle sind gewöhnlich Massenunfälle, bei welchen eine mehr oder weniger grosse Zahl von Menschen getödtet, verletzt oder durch drohende Erstickung oder durch verschiedene andere Umstände in einen lebensgefährlichen Zustand versetzt wird, aus welchem die Personen nur durch Hülfe von aussen oder durch besondere Vorkehrungen im Inneren der Bergwerke errettet werden können. Auch hier ist der Kranken-transport ein bedeutsamer Bestandtheil des Rettungsdienstes, denn, wie bereits S. 444 dargelegt, ist eine Hülfe bei den Verunglückten im Inneren der Gruben nur schwer durchführbar. Der Verunglückte muss von der Unfallstelle, an welcher ein weiteres Verbleiben oft direct das Leben gefährdet, so schnell als möglich fortgebracht werden und zwar wenn dies möglich, an einen anderen unversehrten Ort untertags oder an die Oberfläche. Nicht nur in einzelnen Gruben in Deutschland, sondern auch im Auslande, z. B. Belgien, England, Frankreich, Spanien, Italien, sind vortreffliche Einrichtungen für diese Zwecke vorhanden. Natürlich werden durch sie nur die Folgen der Unfälle einigermaßen gemildert. Auch die zur Verhütung der Unglücksfälle in den Gruben vorhandenen Vorkehrungen sind sehr ausgedehnte. Ein Theil der Unfälle wird, wie dies bei zahlreichen Unglücksfällen überhaupt der Fall ist, durch Unachtsamkeit und Sorglosigkeit der Arbeiter bedingt, welche durch Gewöhnung an die Gefahren, welchen sie täglich ausgesetzt sind, die vorgeschriebenen Vorsichtsmassregeln ausser Acht lassen, indem sie meinen, in dem einen Falle könne es vielleicht ohne Zuhülfnahme der betreffenden Vorkehrungen gehen. Gerade in einer Grube ist dies aber um so verderblicher, als hier zahlreiche Menschen auf einem Platze zusammenarbeiten, welchen sie nicht ohne Weiteres verlassen können, sodass die Sorglosigkeit des Einzelnen Vielen zum Verderben wird.

Das allgemeine Berggesetz schreibt in Preussen bezüglich der Unglücksfälle Folgendes vor:

§ 204. Ereignet sich auf einem Bergwerke unter oder über Tage ein Unglücksfall, welcher den Tod oder die schwere Verletzung einer oder mehrerer Personen herbeigeführt hat, so sind die im § 203 genannten Personen zur sofortigen Anzeige an den Revierbeamten und an die nächste Polizeibehörde verpflichtet.

1. Der Revierbeamte ordnet die zur Rettung der verunglückten Personen oder zur Abwendung weiterer Gefahr erforderlichen Maassregeln an.

2. Die zur Ausführung dieser Maassregeln nothwendigen Arbeiten und Hilfsmittel hat der Besitzer des Bergwerks zur Verfügung zu stellen.

3. Die Besitzer benachbarter Bergwerke sind zur Hülfeleistung verpflichtet.

Sämmtliche Kosten für die Ausführung der im § 205 bezeichneten Maassregeln trägt der Besitzer des betreffenden Bergwerks, vorbehaltlich des Regressanspruchs gegen Dritte, welche den Unglücksfall verschuldet haben.

Wohl am ausgezeichnetsten sind die Rettungsvorkehrungen in der

he Shamrock bei Herne, welche ein Werk des Bergwerkdirectors A. Meyer sind, und welche als ein Beispiel für ähnliche Veran-  
staltungen an dieser Stelle ausführlicher dargestellt werden sollen.

Die Vorkehrungen für die erste Hilfsleistung auf Shamrock sind dem allgemein anerkannten Grundsatz aufgebaut, den durch den  
fall eingetretenen Schaden auf das vorhandene Maass zu beschränken.  
s Gebiet des eigentlichen Heilverfahrens wird, abgesehen von der  
nigung und der Anlegung eines Notverbandes, nicht betreten.

Es befindet sich in jedem Steigerrevier eine bestimmte Auf-  
rahrungsstelle für folgende Hilfsleistungsmittel:

1. Eine cylindrische Blechbüchse von 45 cm Länge, 13 cm lichtem  
rchmesser; in dieser liegen folgende Gegenstände:

- |                     |               |             |              |                |
|---------------------|---------------|-------------|--------------|----------------|
| 2                   | Holzschienen, | 20 cm lang, | 5 cm breit,  | Oberarm,       |
| 2                   | "             | 40 "        | " 5 "        | Unterarm,      |
| 2                   | "             | 45 "        | " 5 "        | Unterschenkel, |
| 4                   | Mullbinden,   | 5 m lang,   | 10 cm breit, |                |
| 4                   | "             | 5 "         | " 5 "        |                |
| 100 g Verbandwatte. |               |             |              |                |

An der cylindrischen Schlussfläche zwischen Büchse und dem auf-  
iebbaren Deckel ist an der ersteren Filzstoff aufgelegt, der einen  
hezu luftdichten Abschluss der Büchse ermöglicht und erfahrungs-  
mäss die Verbandmittel vollständig gegen Einstauben schützt.

Die für die Beförderung der Verletzten in und aus dem Bergwerk  
forderlichen Geräthschaften sind im Abschnitt „Krankentransportwesen“  
orgelegt. Eine wollene Decke zum Einwickeln des Verletzten vor der  
eförderung ist nicht zu entbehren. In nächster Nähe des Schachtes  
findet sich die Verbandstube über Tag. Dieselbe ist in Shamrock  
nau wie eine Rettungswache in einer Stadt ausgestattet. Sie enthält  
oben den sonst gebräuchlichen Gegenständen noch eine Badewanne,  
uf deren Nothwendigkeit für verschiedene Unglücksfälle ich oben hin-  
wiesen. Die Badewanne kann jederzeit mit dem aus der benachbarten  
aschkau durch eine Rohrschlange gewärmten Wasser gefüllt werden.  
ie Ausstattung, welche nach Löbker's Angaben hergestellt ist,  
ostet im Ganzen 1760 Mk., wovon allein 1260 Mk. auf einen  
rankenwagen und eine Räderbahre entfallen. Die Ergänzung der  
erbandmittel stellte sich 1897 auf ungefähr 900 Mk. Die Kranken-  
eförderungsmittel sind auf der einen Seite vom Flur der Rettungswache  
ufgestellt, während man von der anderen Seite des Flures die Verband-  
stube betritt.

Seit 1893 ist auch nach dem Muster der Englischen Bergwerke  
eine besondere Sanitätscolonne aus Bergleuten gebildet. Nach einem von  
Meyer 1898 gehaltenen Vortrage werden die Mitglieder der Colonne von  
dem fachmännischen Leiter, einem früheren Sanitätssergeanten, aus-  
gebildet. Die Colonne zählt gewöhnlich etwa 30 bis 40 Mitglieder. Sie  
erhalten für jede Uebungsstunde eine kleine Vergütung. In den drei  
Jahren von 1896—98 waren die Colonnenmitglieder mehr als 200 mal



selbstständig in der Grube bei Verbänden und Transport Verunglückter thätig. Die Behandlung der zur Wache gebrachten Verletzten ist zur Aufgabe des genannten Leiters, in dessen Abwesenheit „ein sorgsam ausdauernder, geschickter Schreiner“ als Stellvertreter eintritt. Von 6 Uhr Abends ab hat den Nachtdienst der gleichfalls ausgebildete Zechennachtwächter.

Ausser dieser Colonne ist noch eine freiwillige Rettungstruppe bestehend aus einem Oberführer, 5 Führern und mindestens 20 Mann Bereitschaft, welche besonders für die Anwendung des sogleich näher beschreibenden Pneumatophors ausgebildet werden. Eine besondere Anweisung zur Einrichtung und Unterhaltung von Rettungstruppen für Zechen der Bergwerksgesellschaft Hibernia“, die genau militärisch gefasste Paragraphen enthält, regelt die gesammte Verwendung und Ausbildung dieser Leute.

In der Anweisung finden sich sorgsame Anleitungen über den Gebrauch des „Pneumatophors“, welcher jetzt in vielen Bergwerken bei vielen Feuerwehren in Gebrauch ist. Er beruht auf dem Grundsatz, dass Personen, welche in Rauch oder sonstigen uneinathembaren Gasen oder Medien zu athmen gezwungen sind, gegen die Schädigungen dieser Medien geschützt werden. Dieser Gedanke ist keineswegs neu, sondern ziemlich bekannt und findet sich besonders in den seit Jahrhunderten bekannten Taucherglocken ausgeprägt. Klingert veröffentlichte 1797 eine Beschreibung einer in allen Flüssen brauchbaren Tauchermaschine, deren Abbildung hervorgeht, dass damals bereits die Luftzuführung durch die Glocke durch einen Schlauch und die Wegschaffung der verbrauchten Luft durch einen anderen Schlauch geschah. Wohl eine der frühesten Beschreibungen eines Geräthes zum Athmen in einer verdorbenen Luft ist die „Beschreibung des Antiaërophthora oder Schutz gegen jede verdorbene Luft“ von Weittenhiller aus dem Jahre 1829. Dieser Apparat bestand aus einer Art Haube aus doppelter grober Leinwand, überzogen mit einer Mischung von Oel, Gummi und Bleiweiss. Vorn ist ein ausstehendes Viereck von Blech, dessen Oeffnung durch einen gläsernen in einem Scharnier beweglichen Deckel geschlossen ist. Die frische Luft wird durch einen kleinen eingeschalteten Kasten dem Träger zugeführt. Der Kasten hat unten zwei Ansätze, an welche die beiden Schläuche für die verbrauchte und frische Luft befestigt werden. Die gute Luft wird durch einen Blasebalg, welcher an den Zuführungsschlauch angehängt wird, zugeführt. Die Abbildung des Apparates gleicht erheblich einer Neupert'schen Rauchhaube.

Der Verfertiger hat bereits damals den Nutzen des Geräthes in Bergwerken mit folgenden Worten geschildert: „Aber nicht nur bei Feuergefahren giebt das Antiaërophthora entschiedenen Nutzen, auch in Bergwerken, wo schon mancher bei Untersuchung von Schächten sein Leben verlor, kann es seine Wirkung nie verfehlen, indem es durch seine im Inneren reine Luft alle bösen Dünste abhält, dem Arbeiter zu schaden.“

Die für die Athmung besonders in Bergwerken angegebenen Athmungsapparate sind solche, bei welchen die Athmung einfach durch einen

mens 30 in beschränkt. Die Reservoirapparate haben die  
gsluft in einem Behälter, welchen der Arbeiter auf dem Rücken  
führt. Hierher gehören schon Apparate, bei welchen eine Reini-  
er ausgeathmeten Luft so bewirkt wird, dass die Kohlensäure  
kalien absorbiert wird. Dieser letztere Grundsatz ist nun in noch  
rter Art bei den Sauerstoffapparaten und Pneumatophoren in  
ung gezogen, bei welchen eine Regenerirung der Ausathmungs-  
tfindet.

n den Pneumatophoren zu Grunde liegenden Gedanken habe ich  
r Vorführung mehrerer derartiger Apparate im Verein für innere  
in Berlin so geschildert:

· Mensch verarbeitet von dem eingeathmeten Sauerstoff im Mittel 4 pCt. zu  
ure. Es stehen im Pneumatophor 60, bzw. 100 l Sauerstoff zur Verfügung.  
lensch in einer Minute ein Volumen von 5 l Gas ein-, bzw. wieder aus-  
so würde die genannte Menge von 60 l Sauerstoff in 12 Minuten, die von  
20 Minuten verbraucht sein. Da der Mensch aber nur 4 pCt. davon aus-  
die übrigen 96 pCt. mit der Ausathmungsluft wieder ausscheidet, so kommt  
f an, die Auathmungsluft von der in ihr enthaltenen Kohlensäure zu befreien,  
iese 96 pCt. Sauerstoff, welche in der Ausathmungsluft enthalten sind, für  
ung wieder nutzbar zu machen. Das erreicht der Pneumatophor durch Fort-  
g der Kohlensäure durch Aetzalkalien. Er stellt wieder reinen Sauerstoff her  
irkt dadurch, dass mit 60 l Sauerstoff  $1-1\frac{1}{2}$ , mit 100 l  $2-2\frac{1}{2}$  Stunden  
eleistet werden kann. Diese Zahlen beruhen nicht nur auf praktischen Er-  
en mit den Apparaten, sondern lassen sich auch in einfacher Weise aus dem,  
über den Sauerstoffverbrauch des ruhenden und arbeitenden Menschen wissen,  
1. Der ruhende Mensch verbraucht im Mittel etwa  $\frac{1}{4}$  l O in der Minute, der  
körperlich arbeitende — so wie es bei dem Rettungswerke der Fall ist —  
höchstens das Vierfache dieser Menge, d. h. etwa 1 l O in der Minute ver-  
1. Da 60 l in der kleinen Sauerstoffbombe des Apparates enthalten sind, so

zieht. In der Nähe des Ausganges des Behälters wird die von der  $\text{CO}_2$  befreite Luft mit O vermischt, welcher aus besonderen Gefässen durch ein Ventil hier eintritt, so dass die Luft beinahe normal wieder in den Athmungssack zurückkommt. Beim Apparat von Fleuss ist eine fest schliessende Gesichtsmaske vorhanden, die Anordnung der Athmungsbehälter ist eine etwas andere, wie vorher, als Alkali wirkt Soda. Der Apparat ist ziemlich schwer an Gewicht und wurde auch bald verändert.

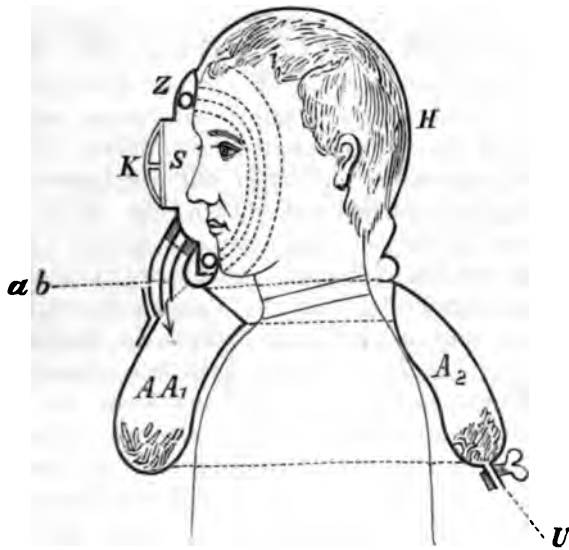
Ein Umschwung in der Verfertigung der Apparate geschah durch die Herstellung des verdichteten Sauerstoffs, obwohl bereits Sauerstoff in dem Apparate von Fleuss verwendet worden war, welcher unter einer Spannung von 4 bis 6 Atmosphären stand. Die neuen Apparate können sowohl zur Selbstrettung als zur Rettung Verunglückter benutzt werden.

Wenn auch durch verschiedene Forscher die Verwendung des verdichteten Sauerstoffs bei verschiedenen Erkrankungen der Athmungs- und Verdauungswerkzeuge keineswegs als sehr wirksam befunden wurde, so ist doch wohl anerkannt, dass bei Kohlenoxydvergiftungen, also gerade bei den Zuständen, welche bei Verunglückungen in Bergwerken vorkommen, der verdichtete Sauerstoff gute Dienste leistet. Von Einzelnen wird der Sauerstoff bei der Kohlenoxydvergiftung als directes Gegenmittel betrachtet. Da die meisten Opfer von Grubenunglücken an Erstickung zu Grunde gehen, so ist die Herstellung der Apparate als ein grosser Fortschritt anzusehen, weil sie den Rettern ermöglichen, nach einer Explosion oder während oder nach einem Grubenbrand schnell in die Grubenräume hineinzugelangen und die Bewusstlosen schleunigst an die Oberfläche zu bringen, wo Wiederbelebungsversuche mit Sauerstoff angestellt werden können.

Der Pneumatophor setzt alle damit ausgestatteten Personen in den Stand, in die mit gefährlichen Gasen gefüllten Räume unabhängig von der zum Verunglückten zurückzulegenden Entfernung einzudringen. Der zuerst hergestellte Apparat ist nach Angabe von Walcher-Uysdal, Gaertner und Benda angefertigt. Er besteht aus einem Athmungsbeutel mit einem Lufafaserkissen, der Sauerstoffflasche, dem Laugenapparat, Nasenklemme. Der Athmungsbeutel hat ein Mundstück aus Gummi, welches zwischen den Zähnen festzuhalten ist, an der Seite einen Schlitz, durch welchen der Laugenapparat und die Sauerstoffbombe eingesetzt werden, so dass das Verschlussrädchen der Sauerstoffflasche nach aussen zum Erfassen bereit liegt. Der Apparat wird durch über den Rücken geführte Riemen am Körper festgehalten. Die jetzt von der „Sauerstoff-Fabrik Berlin“ gelieferten Sauerstoffflaschen haben einen Inhalt von 0,6 Liter und enthalten bei 100 Atmosphären Druck 60 Liter Sauerstoff. Der Laugenapparat enthält eine Flasche mit 40 proc. Natronlauge, welche durch eine besondere im Augenblick des Gebrauches in Thätigkeit zu versetzende Schraube zertrümmert wird, so dass sich die Flüssigkeit frei ergiesst. Um die Glassplitter zu sammeln, ist der Laugenapparat mit einer Organtinhülle versehen. Mittelst der Nasen-

bewegt werden kann, um während des Gebrauches die Feuchtigkeit sich beim Athmen niederschlägt und das Sehen hindert, zu ent-

Abbildung 9.



Neupert'sche Rauchhaube.

chhaube. A Vorderer Theil des Beutels. S Glasscheibe. K Gekreuzte Schutz-  
aus Eisen. ab Blechröhrchen zur Leitung der ein- und ausgeathmeten Luft.  
U Schlitz mit Flügelschraube.

Inzwischen sind die Apparate von Fleuss und von Walcher verschiedentlich abgeändert worden. Besonders ist jetzt ein von G. A. Meyer auf Zeche Shamrock benutzter Apparat hervorzuheben, bei welchem der Athmungssack des Walcher'schen Pneumatophors abgeändert ist, und ferner zwei Sauerstoffflaschen vorgesehen sind. Die Apparate sind ordnungsmässig auf einem Gestell aufzubewahren.

Es ist möglich, 2—3 Stunden mit solchem Apparat in qualmefülltem Raume sich aufzuhalten. Die Rettungsmannschaft muss mit der Handhabung der Apparate gut eingeübt werden. Branddirektor Giesberg-Berlin hat erhebliche Abänderungen der vorhandenen Apparate vorgenommen und einen neuen Athmungsapparat hergestellt, der sehr gut zu bewähren scheint.

Ganz vortrefflich sind die Rettungsvorkehrungen im Ostrau-Karwin Steinkohlenrevier. Neben den obertägigen Rettungsstationen ist eine Obertags- und eine Grubenwehr vorhanden. Während erstere für Aufrechterhaltung der Ordnung obertags sorgt, wirkt letztere direct als Rettungswehr.

Die Rettungsmannschaft wird durch eine genau abgefasste Dienstweisung über alle ihre Obliegenheiten unterrichtet. Diese Anweisung ist auf Papptafeln aufgeklebt und hängt mit der Instruction für die Beamten an verschiedenen Stellen aus. Auch hier wird die Anwendung des Sauerstoffs für die Gruben empfohlen.

Von anderen Gruben sind noch einzelne zu nennen, auf welche sehr vortreffliche Vorschriften für die Rettung Verunglückter erlassen sind. So hat der Saarbrücker Knappschaftsverein, dessen Fahrbahre und Krankenwagen oben erwähnt wurde, auch hervorragend für Hülfe bei Unglücksfällen Sorge getragen. In gleicher Weise ist im Steinkohlenbergwerk „König“ bei Königshütte (O.-Schl. eine „Dienstweisung für die Feuer- und Rettungswache und für die Feuerwehr und die Rettungsmannschaften“ erschienen, in welcher sowohl für Feuersgefahr als auch für Unfälle durch andere Ursachen Vorsorge getroffen ist. Die betreffende Truppe, welche für beide Arten ausgebildet wird, hat bei den Uebungen mit Rettungsapparaten sowohl Pneumatophore als auch die Stolz'sche und die Meyer'sche Rauchmaske, ferner wird die Handhabung der Sicherheitslampen, der Transport Verunglückter und deren Behandlung mit Benutzung der Sauerstoffapparate geübt.

Das Königliche Oberbergamt Dortmund hat in seiner „Bergpolizei-Verordnung betreffend Maassregeln zum Schutze der Gesundheit der Bergleute sowie zur ersten Hülfeleistung bei Unfällen“ gleichfalls das Vorhandensein eines Rettungszimmers in jeder selbständigen Schachtlage mit allen erforderlichen Gegenständen sowie auch die Bereithaltung geeigneter Transportmittel vorgeschrieben.

In den oben erwähnten Ausserdeutschen Ländern sind auch besondere Vorkehrungen für Bergwerksunglücksfälle vorhanden. Besonders in England sind zahlreiche Versuche betreffs Anwendung des Sauerstoffs für das Rettungswesen in Bergwerken unter Berücksichtigung der hier gerade herrschenden besonderen Verhältnisse gemacht worden. Ferner

Compania“ abgebildete Trage ist sicher bequemer für den Verletzten als die Englische, da sie sehr gut gepolstert ist, was bei der Englischen der Fall ist.

## **Specielle Einrichtungen für das Rettungswesen in einzelnen Ländern.**

### **I. Europa.**

#### **1. Deutschland.**

##### **a) Berlin.**

Nach einer Polizeibekanntmachung vom 12. Juli 1899 (erneuert) sind 24 Kästen mit Verbandzeug und Mitteln für die erste Hülfe bei Unfällen, Verletzungen und plötzlichen Erkrankungen, welche der Magistrat dem Polizeipräsidium zur Verfügung gestellt, in verschiedenen Polizeirevierbureaux zur Verfügung. Ferner sind in 19 Polizeirevieren vom Magistrat gelieferte Tragbahnen zum Transport Verunglückter aufgestellt. Unter dem 29. Juli 1889 wird bekannt gemacht, „dass auf den Feuerwehrräumen hieselbst — nach Maassgabe der vorhandenen — Personen, welche auf der Strasse oder sonst an öffentlichen Orten verunglückt oder plötzlich schwer erkrankt sind, die erste Hülfe geleistet werden kann“. In allen Feuerwehrräumen ist in neuester Zeit Sauerstoff vorrätig, der zur Wiederbelebung Bewusstloser gegeben wird. Von den ersteren Hilfsmitteln ist kein häufiger Gebrauch gemacht worden, und wird jetzt bei den veränderten Verhältnissen weniger Gebrauch als früher gemacht.

Die Polizeibeamten sind in grosser Zahl in der ersten Hülfe aus-

In ganz bedeutender Weise ist die Berliner Feuerwehr am Rettungsdienste betheiligt. In allen Feuerwachen können Verletzte erste Hülfe erhalten. In allen 15 Feuerwachen sind Tragbahren und Rettungskästen vorhanden, welche zum Brande mitgenommen, und da ein grosser Theil der Officiere und Mannschaften in der ersten Hülfe ausgebildet ist, auch benutzt werden. Im Berichtsjahre 1899/1900 wurde bei Bränden 149 Personen erste Hülfe geleistet, von welchen 11 „unter Assistenz von Aerzten“, wie es im Berichte heisst, behandelt wurden. Die Feuerwehr hilft in Berlin überall, wo Hülfe erbeten wird. Ist Menschenleben in Gefahr, so kann die Feuerwehr durch die öffentlichen Feuermelder gerufen werden, welche jetzt durch eine einfache tragbare Vorrichtung mit dem Fernsprechnetz der Polizei und Feuerwehr in Verbindung gesetzt werden können, während sie sonst als einfache telegraphische Feuermelder thätig sind. Bei Verunglückungen von Personen, bei welchen beim Brande die Hülfe der Feuerwehrsamariter nicht ausreicht, können Aerzte herbeigerufen werden.

Zur beständigen Hilfsbereitschaft bei Verunglückten sind auch die städtischen Armenärzte gehalten und von der Polizei zu diesem Zweck herbeizuholen. Es ist dies bereits früh verordnet worden, wie folgender Runderlass zeigt.

Circulare der Königl. Ministerien der geistlichen, Unterrichts- und Medicinal-Angelegenheiten, und des Innern und der Polizei an sämtliche Königl. Regierungen, die Kur und Verpflegung erkrankter Armen betreffend; v. Kamptz Annalen der Preuss. innern Staatsverwaltung. V. Jahrg. 1821. 2. Heft. S. 411.

Ueber die von der Königl. Regierung darüber erbetene Bestimmung: in welchen Fällen die Aerzte die Kur armer Kranken unentgeltlich verrichten, und in welchen andern Fällen die Gemeinen ihnen dafür Vergütung leisten müssen, haben die unterzeichneten Ministerien sich dahin geeinigt. 1. An solchen Orten, wo besoldete Armenärzte von der Commune angestellt worden, ist jeder andere Arzt die zur unentgeltlichen Behandlung bei ihm sich meldenden Kranken dieser Commune, in der Regel an den besoldeten Armenarzt zu verweisen befugt, mithin auch, wenn er sich freiwillig den Anforderungen der Menschlichkeit gemäss, der Kur eines Armen unterzogen hat, zu einem Ansprüche an die Commune nicht berechtigt. 2. Hiervon ist jedoch der Fall dringender Gefahr und der Nothwendigkeit schleuniger Hülfe ausgenommen. In diesem Falle, so wie 3. überall, wo ein besoldeter Armenarzt nicht existirt, liegt es in dem Berufe so wie in dem Doctoreide des Arztes, dem Kranken, der seine Hülfe anruft, dieselbe ohne Anstand zu gewähren<sup>1)</sup>, wenn er aber demnächst wegen seiner Remuneration Anspruch an die Commune machen will, so muss er 4. dieser sofort von dem Falle Anzeige machen, und ihr überlassen, ob und welche andere Vorkehrungen sie zur Heilung des ihrer Sorge anheimfallenden Armen treffen will, und nur in dem Falle, wenn die Gemeinde von dem Arzte die Fortsetzung der Kur verlangt, oder, in gefährlichen Fällen, keine anderweitige Anstalten dazu trifft, und den Arzt also in die Nothwendigkeit setzt, mit seinen Hülfeleistungen zur Rettung des Lebens und der Gesundheit des armen Kranken fortzufahren, ist derselbe von der betreffenden Gemeinde die Bezahlung seines taxmässigen Honorars zu fordern befugt. 5. Die Ver-

1) Im Original nicht gesperrt.

chtung der besoldeten Armenärzte gegen die Communen, so wie überall, so insbesondere auch Rücksichts der Frage, in wiefern sie zur Behandlung solcher kranken nen verpflichtet sind, die einer andern, als derjenigen Ortsgemeine angehören, von cher sie als Armenärzte angenommen worden sind, zunächst und hauptsächlich h dem Seitens der Communen mit ihnen abgeschlossenen Verträge, oder der dessen lle vertretenden Instruction zu beurtheilen. 6. Wo aber diese nicht entscheiden, der besoldete Armenarzt nicht verbunden, die ärztliche Behandlung auch derjeni- Kranken unentgeltlich zu übernehmen, welcher sich anzunehmen die besoldende meine gesetzlich verpflichtet ist, obgleich sie zu ihr nicht gehören, und deshalb besoldende Gemeinde Ersatz ihrer Auslagen von einer andern Behörde zu fordern echtigt ist.

Berlin, den 10. April 1821.

Ministerium der geistlichen, Unterrichts-  
und Medicinal-Angelegenheiten.

(gez.) v. Altenstein.

Ministerium des Innern  
und der Polizei.

(gez.) v. Schuckmann.

An die Königl. Regierung  
zu Minden.

Abschrift vorstehender Verfügung zur Nachricht und Achtung an sämtliche ge Königl. Regierungen.

Berlin, den 10. April 1821.

Ministerium der geistlichen, Unterrichts-  
und Medicinal-Angelegenheiten.

(gez.) v. Altenstein.

Ministerium des Innern  
und der Polizei.

(gez.) v. Schuckmann.

Jeder Arzt ist wie jeder Bürger durch Gesetz verpflichtet, dem fe der Polizei bei Unfällen nach No. 10 des § 300 des Str.-G.-B. lge zu leisten, welcher lautet: „Wer bei Unglücksfällen oder gemeiner fahr oder Noth von der Polizeibehörde oder deren Stellvertreter zu lfe aufgefordert, keine Folge leistet, obgleich er der Aufforderung ne erhebliche eigene Gefahr genügen konnte, wird mit Geldstrafe bis 150 Mark oder mit Haft bestraft“.

Für die Rettung verunglückter oder scheinotdter Menschen vom de werden an Aerzte, Heilgehülfen, Polizisten im Falle des Erfolges y, im Falle des Misslingens 15 Mark seitens der Polizeibehörde bezahlt.

Seit mehreren Jahren sind an den Brücken und Uferstellen vom agistrate Rettungseinrichtungen, Kähne mit Haken, Rettungsbälle und Ringe, bereit gestellt, auf deren Nothwendigkeit zuerst Wasserfuhr 888 hingewiesen. Vom Kieler Samariterverein gelieferte Blechtafeln it Vorschriften für die Wiederbelebung Ertrunkener sind an allen Brücken angebracht.

In allen Theatern und Circus ist bei jeder Vorstellung ein Arzt auf bestimmtem Platze im Zuschauerraum anwesend. Auf der Bühne ist ein Feuerwehrposten aufgestellt.

Von den privaten Einrichtungen zur ersten Hülfe sind die Ver- einigungen zur Beschaffung ärztlicher Nachthülfe zu erwähnen, welche in verschiedenen Stadttheilen gebildet wurden. Besonders in den Stadt- theilen „Alt-Berlin“, Südwesten und Süden sind sie noch in Thätigkeit. Name und Wohnung an bestimmten Tagen sich bereit erklärender Aerzte



wird in den Polizeibureaux, Apotheken, von den Polizeibeamten, wächtern und durch Anschläge in den Häusern bekannt gemacht. Zahlung erfolgt bei Bemittelten sogleich oder durch Vermittelten Vereins, während bei Unbemittelten die Kasse des Vereins die Kosten der Aerzte übernimmt.

Seit 1882 besteht in Berlin ein Samariterverein, welcher nun im Jahre Course für erste Hülfe veranstaltet. Es wurden auch Beamten der Feuerwehr, Polizei, Eisenbahn ausgebildet, welche von ihren zuständigen Aerzten Unterweisung erhalten. Seit 1900 der Verein den Namen „Deutscher Samariterverein vom Rothen Zweigverein Berlin.“ Ausserdem werden in vielen anderen Vereinen Course in erster Hülfe eingerichtet. Zu erwähnen sind die ausserkreisen begründeten Course, welche bei Radfahrervereinigungen und Sportvereinen, ferner solche für Arbeiter, welche von der Centralcom der Krankenkassen eingerichtet wurden u. A.

Als Träger des gesammten sanitären Rettungswesens in Berlin jetzt die Sanitätswachen, die Unfallstationen vom Rothen Kreuz Rettungsgesellschaft thätig. Alle drei Einrichtungen sind private und verdanken privater Beihülfe unter materieller Unterstützung städtischen Behörden ihr Fortbestehen.

Die Sanitätswachen wurden nach dem Kriege 1870/71 ins Leben gerufen — obwohl bereits, wie oben dargelegt, bei verschiedenen Aerztl. Wachtdienst an bestimmten Stellen eingerichtet, indem das „Berliner Localcomité des Verbandes zur Pflege der verwundeten und erkrankten Krieger“ (jetzt Berliner Verein vom Rothen Kreuz), um eine Fortsetzung seiner Thätigkeit im Kriege zu bewirken, erste Sanitätswache in der Brüderstrasse errichtete. In den nächsten Jahren wurden weitere Wachen begründet, bis ihre Zahl im Jahre 1894 angestiegen war. Die Berliner Sanitätswachen haben stets nur den Dienst ausgeübt, um nicht den Aerzten Concurrenz zu machen. Sie auch trotz mehrfach aus Aerztekreisen gegebenen Anregungen an Grundsatz fest, obwohl sich in der Folge herausstellte, dass die Zunahme des Verkehrs auf den Strassen und der Thätigkeit der Fabriken auf die Dauer nicht mehr haltbar sei, da die meisten sich am Tage ereigneten.

Die von Aerzten Berlins mehrfach berathenen Aenderungen des Verhältnisses waren ergebnisslos verlaufen, da die Schwierigkeit der Einrichtung eines ständigen ärztlichen Tages- und Nachtdienstes nicht leicht zu überwinden waren.

Hervorzuheben sind vor allen Dingen die vom Aerzte-Verein West-Berlin herausgegebenen „Vorschläge zur Reform der bisherigen Einrichtungen für Beschaffung ärztlicher Hülfe bei Unfällen“, 1890 von einer besonderen Commission, welcher auch ich angehört, verfasst und den ärztlichen Vereinen sowie den zuständigen Behörden übermittelt wurden. Diese Vorschläge, welche weniger bekannt waren, sollen hier mitgetheilt werden, damit ersicht werden

sich vermeiden lässt.

Die Leitung dieser Stationen muss durch eine feste Organisation zusammen- und centralisirt werden, das ganze Institut dieser Rettungswehr muss gleich der Feuerwehr einen officiellen Charakter tragen und die Verwaltung derselben am besten unter städtischer Leitung, mindestens aber unter finanzieller Leitung seitens der Stadt zu erfolgen, damit die ganze Einrichtung nicht von dem hohen Grad der privaten Wohlthätigkeit abhängig ist und bei erlahmendem Insorgar gelegentlich Gefahr läuft, einzuschlafen.

Die Aufgabe dieser Rettungsstationen ist es, bei allen Unfällen irgend welcher Art, welche das Leben gefährden, die erste sachgemässe Hilfe in ausreichendem Maasse zu leisten und als Sammelstationen für die Krankenhäuser zu dienen; die Inan- nahme der Stationen für weitergehende innere oder chirurgische Behandlung, welcher Zweck der ersten Hilfeleistung beansprucht, ist, weil über die gestellte Leistung hinausgehend, als ein Missbrauch derselben, streng abzuweisen. Dasselbe gilt von dem Fall des leichtfertigen Hilfesuchens in unbegründeten Fällen. Denn es ist hier der gleiche Fall vor, wie bei der leichtfertigen Herbeirufung der Feuerwehr, in Verzicht auf diese Forderung müsste die Wirksamkeit des ganzen Instituts erschöpfen.

Um schnelle Hilfeleistung zu gewährleisten, sind die geeigneten Maassregeln in zwei Richtungen zu treffen. Zunächst sind die Stationen mit Telegraph- resp. Sirenenverbindung zu versehen, um sofort benachrichtigt zu werden, wenn irgendwo ein schwerer Unfall eintritt. Wir würden auch es als nicht zu weitgehend auffassen, gleich den Feuermeldern oder mit ihnen verbunden Unfallsmelder Aufgaben zu fänden. Dann aber muss für möglichst schnelle Beförderung der Aerzte und Hilfsgegenstände an den Ort des Unfalls gesorgt werden. Wir gehen nicht so weit zu verlangen, wie die Wiener Rettungsgesellschaft bietet, welche über einen Fuhrpark von 25 Wagen verfügt, aber wir halten es für erforderlich, dass auf jeder Station ein stets bespannter Wagen bereit steht, der mit den erforderlichen Mitteln beladen ist. Dagegen erscheint es uns nicht erforderlich, dass die An- wesen solcher Stationen besonders hoch gegriffen wird. Wenn zur Verhütung der

Transport Verunglückter, namentlich auch bei Massenunfällen gestatten, denn es n der Nachdruck darauf gelegt werden, dass in den allermeisten Fällen die e Hilfe am besten darin besteht, dass die Verunglückten möglichst schnell und n lichst gut dem Krankenhaus zu sachgemässer Behandlung zugehen“.

Die in aller Stille entfaltete Thätigkeit der Sanitätswachen ist geg über den in heutiger Zeit geläufig gewordenen allzu erheblichen kündigungen der Thätigkeit der Wachen hervorzuheben. Vom J: 1877 an erhielt die Sanitätswachenvereinigung eine städtische Un stützung, welche in den nächsten Jahren vermehrt wurde und j 35000 Mk. beträgt. Die 19 Wachen wurden im Jahre 1899 im Gar von 7192 Hülfesuchenden in Anspruch genommen, von welchen 5 auf den Wachen behandelt wurden. Die meisten Fälle, nämlich 4 waren chirurgische. Diese Thätigkeit, welche sich, wie bemerkt, auf die Nachtzeit beschränkt, muss als eine bedeutende bezeichnet wer

Aus einer Instruction der Sanitätswachen sei Folgendes hier geführt:

„Die jährliche Unterhaltung jeder einzelnen Wache kostet 5500—6500 Ma nach der Stadtgegend und sonstigen Verhältnissen.

Allgemeine Grundsätze sind folgende.

1. Jeder, ohne Ausnahme erhält ärztliche Hilfe; Unbemittelte unentgeltli  
2. Jeder empfängt nur erste, einmalige Hilfe. Im Interesse der umwo den Aerzte ist es den Wachärzten untersagt Nachbehandlung zu übernehmen.

3. Auf jeder Wache sind je 1 Arzt und 1 Heilgehilfe Nachts von 10 Uhr A bis 6 resp. 7 Uhr Morgens anwesend.

4. Die Hilfe wird vom Arzt auch in der Wohnung des Patienten geleistet.

5. Dagegen darf der Heilgehilfe das Wachlokal nicht verlassen. Ausna bei Massenunfällen sind auf Anweisung des Wacharztes gestattet.

6. Bei grosser Entfernung bis zur Wohnung des Patienten nimmt der Arz Kosten der Wache eine Droschke.

7. Dauert voraussichtlich dessen Abwesenheit von der Wache mehr als  $\frac{3}{4}$  den, so ist der designirte Reserve-Arzt zu benachrichtigen, um sich bereit zu ha

8. Der Heilgehilfe darf selbst die anscheinend kleinste Verletzung nicht a oder selbstständig, sondern nur unter Aufsicht und nach Anweisung des Arztes, handeln.

9. Telephon zum Kranken-Wagen-Depot, und zwar directes, ermöglicht bi 20—25 Minuten Ueberführung eines Verletzten oder Erkrankten nach seiner Woh oder in ein Krankenhaus.

10. Auf genaue Journalführung und statistische Eintragungen wird geha

Jedes Wachlokal besteht aus mindestens 3 Räumen: Warte-, Consultations- Aerzte-Zimmer. An der Strassenfront sind ein Schild und transparente Laterne dem „Genfer Kreuz“ angebracht, sowie ferner Griff einer Klingel, welche Arzt Heilgehilfen gleichzeitig wachruft. Die beiden ersten Zimmer sind mit Oelfarbe strichen und Linoleum belegt. Im Consultations- oder Verbandzimmer befinden Waschoilette mit Anschluss an die Wasserleitung, Operationstisch und Operati stuhl, vollständiges Instrumentarium, auch für Entbindungen, in einem Glassch auf Glasplatten, Sterilisirung- und Gaskoch-Apparat, Verbandstoffe, Gegengifte, B pritsche mit Lederkissen und Krankentransportbahre. Das dritte Zimmer für den ist mit einigem Comfort eingerichtet. Die meisten Wachen haben drei Aerzte drei Heilgehilfen, welche jede dritte Nacht Dienst thun. Der Arzt erhält festes l

auf sofortige Bezahlung zu sehen. Die Liquidationen gelangen jede Woche zur Bezahlung. Geschieht dies erst später, dann ist der Betrag viel schwerer von den kranken und gesunden Patienten zu erlangen. In Cassiren des Honorars werden Theilzahlungen oder Ermässigungen verlangt wird niemals.

Epidemien wird voller Tagesdienst auf allen Wachen eingeführt, wie dies zur Zeit der Cholera-gefahr bereits geschehen ist“.

Unfallstationen, welche im Jahre 1894 in Berlin eröffnet wurden, zunächst den Zweck, unfallverletzten Arbeitern aus Betrieben, zum Bereich bestimmter Berufsgenossenschaften gehörten, eine rasche Behandlung vom Beginn an zu gewähren. Mit den ersten vier Jahren waren gleichzeitig kleine stationäre Kliniken mit etwa 30 Betten entstanden. Bereits einige Monate später wurde das „Unternehmen“ in der Form der Allgemeinheit gestellt, sodass auch die Stationen für die Bevölkerung, welcher ihre Hülfe erforderte, benutzt werden konnten. Im nächsten Jahre wurde die Zahl vermehrt, sodass jetzt 20 Stationen, zwei „Hülfstationen“ — mit Polizeirevierbureaux im Thiergarten entstanden — und das Krankenhaus in Weissensee als Unfallstationen im Bestande sind. In jeder Station ist ein dirigirender Arzt, welchem einige Assistenten zur Seite stehen. Diese nehmen in Abwesenheit des dirigirenden Arztes, welcher täglich zur bestimmten Zeit Sprechstunde zur ambulanten Behandlung der berufsgenossenschaftlichen Kranken abhält, den Platz ein. Acht Unfallstationen sind mit Sanitätswachen vereinigt, sodass jede Unfallstation den Tages- die Sanitätswache den Nachtdienst ausübt. An der Spitze steht ein Curatorium, in welchem die beteiligten Berufsgenossenschaften, Aerzte und Beisitzer vertreten sind. Ausserdem ist ein Comité der Unfallstationen gebildet worden. Seit dem Jahre

dem nächsten Polizeirevierbureau, welches selbst Fernsprecher besitzt, durch eigene Fernsprechleitung verbunden. Da die Polizeireviere, welche Fernsprechleitungen haben, mit einer Centrale am Alexanderplatz vereinigt sind, so können die Stationen bei unvermutheten Alarmirungen für Massenunfälle nur durch einen Umweg benachrichtigt werden. Eine Polizeiverordnung regelt die Inanspruchnahme besonders bei Massenunfällen. Die Unfallstationen haben 10 eigene Krankenwagen, welche in 9 Depots untergebracht sind, vielfach in Brauereien, welche dann für Bespannung und Kutscher sorgen. Jede Station ist auch an das Stadtfernprechnetzt angeschlossen. Mit der Königlichen Eisenbahndirection Berlin ist eine Vereinbarung behufs Entsendung von Hilfskräften bei Unfällen getroffen. Zu Anfang des Jahres 1898 sind Satzungen geschaffen, welche keine Begrenzung der Thätigkeit in Bezug auf die erst- und einmalige Versorgung enthalten:

Es lautet:

§ 1. Die Berliner Unfallstationen dienen sowohl der ärztlichen Behandlung der berufsgenossenschaftlichen Unfallverletzten als auch der ersten Hülfe bei Unfällen und plötzlichen Erkrankungen für die sonstigen Bewohner Berlins und seiner Vororte im Sinne eines geordneten Rettungs- und Krankentransportwesens.

#### Thätigkeit.

§ 2. Zur Erreichung dieses Zweckes werden

a) Verbandstätten nach den Grundsätzen der neueren Chirurgie errichtet und unterhalten;

b) zum sachgemässen Transport geeignete eigene Transportwagen mit Bespannung unterhalten, bezw. entsprechende Abkommen mit Unternehmern getroffen,

c) bei Feuersbrünsten, Massenunfällen und ähnlichen Ereignissen, sowie bei festlichen Veranstaltungen, Aufzügen und an Orten, wo ein grösserer Andrang zu erwarten steht, fliegende Ambulanzen bezw. Hilfsstationen errichtet.

Die Gewährung der Hülfe darf von der Bezahlung nicht abhängig gemacht werden. Unbemittelten ist unentgeltliche Hülfe zu gewähren, insoweit nicht andere zahlungsfähige Personen, Behörden, Corporationen oder dergl. für die Kosten aufzukommen haben.

Um weitere Einrichtungen für das Rettungswesen im Frieden nach den von den Berliner Unfallstationen vom Rothen Kreuz vertretenen Grundsätzen im Reiche zu schaffen, wurde ein eigener Ausschuss unter dem Vorsitze des Vorsitzenden des Central-Comités der Deutschen Vereine vom Rothen Kreuz gebildet.

Es ist hier sogleich zu bemerken, dass die Berliner Rettungsgesellschaft drei Jahre nach Begründung der Unfallstationen ihre Thätigkeit eröffnete, dass aber der Widerstand der Mehrzahl der Berliner Aerzte gegen die Unfallstationen sich fast unmittelbar nach Errichtung der ersten Stationen geltend machte. Die Gründe hierfür sind mannigfache und zum grossen Theil bereits aus den bisherigen Schilderungen ersichtlich. Die Wirksamkeit der Unfallstationen geht von anderen Grundsätzen aus, als solche bei dergleichen Einrichtungen sonst bestehen. So werden nach § 1 der Satzungen berufsgenossenschaftliche Unfallverletzte in ihnen „be-

„Die Thätigkeit der Aerzte beschränkt sich nicht nur, wie anderwärts, auf pro- che Hülfeleistung, der Verletzte erhält vielmehr eine ausreichende chirurg- e Versorgung und kann, wenn der Fall schwer ist, mit den vervollkomm- Fransporteinrichtungen je nach seinem Wunsche einem Krankenhause, seiner ng oder einer der Kliniken der Hauptstationen überwiesen werden“.

Is verhandelte bereits am 14. Februar 1894 die Aerztekammer Berlin- enburg über diesen Gegenstand und nahm folgenden Antrag an:

Die Errichtung von Unfallstationen in Berlin, verbunden mit stationären Kli- wie sie vier Berufsgenossenschaften, und zwar die Brauerei- und Mälzerei- enossenschaft, die chemische Industriebetriebsgenossenschaft, die Spediteur-, rei- und Kellereibetriebsgenossenschaft und die norddeutsche Holzberufsgenossen- bereits ausgeführt haben und noch weiter auszuführen beabsichtigen, schädigt eressen der Unfallverletzten und des ärztlichen Standes“.

n der Discussion des von Weyl am 6. December 1893 in der Ber- Medicinischen Gesellschaft gehaltenen Vortrages: „Berlins Gesund- äusserte ich Folgendes:

.Zu den von Herrn Weyl selbst als verbesserungsfähig bezeichneten gesund- hen Anstalten und Einrichtungen in Berlin möchte ich noch hinzufügen die ätswachen, deren Umgestaltung im Sinne der 1890 vom Aerzteverein vom Verein vorgeschlagenen Abänderungen und Uebernahme seitens der Stadt sehr acht sein dürfte. Die Commission des Vereins, welcher auch ich damals an- te, hatte eine ganze Reihe von Verbesserungen vorgeschlagen, unter anderem inführung von Tag- und Nachtdienst, gleichzeitige Anwesenheit mehrerer Aerzte en Wachen, Aufstellung von Unfallmeldern auf den Strassen, ferner das Vor- ensein von Krankenbahnen. Bei den letzteren komme ich auf das Kranken- sportwesen in Berlin zu sprechen. Das Krankentransportwesen müsste ent- r — vielleicht im Anschluss an die Sanitätswachen — in den Händen der

Transport von Personen mit inneren Erkrankungen“. In letzterem führte ich aus:

„Eine besonders für schleunige Aufnahme in Krankenhäuser in Wien vorhandene Einrichtung wäre zweckmässig auch bei uns zur Einführung zu empfehlen, dass jedes Krankenhaus täglich einer Centralstelle, als welche in Wien die freiwillige Rettungsgesellschaft gilt, die zur Aufnahme neuer Kranken verfügbare Bettenzahl mitzuthellen hätte. Man könnte von dieser Centralstelle aus dann den einzelnen Polizeibureaus, wie dies Schwalbe <sup>1)</sup> vorgeschlagen, oder, was ich für besser halte, den hoffentlich recht bald unter städtische Verwaltung gestellten Rettungswachen diese Zahl übermitteln. Nach vorheriger Anfrage bei diesen könnte dann der Kranke sogleich dem Krankenhause zugeführt werden, wo er sicher auf Aufnahme rechnen könnte“.

Am 8. October 1894 sprach R. Kutner in öffentlicher Versammlung über die Regelung des Rettungswesens in Berlin und Einsetzung einer Commission zum weiteren Verfolg dieser Angelegenheit, und bereits zum 3. December 1894 berief der Verein zur Einführung freier Arztwahl eine allgemeine Aerzteversammlung, in welcher gleichfalls eine (ärztliche) Commission zur weiteren Berathung gewählt wurde. Beide Commissionen vereinigten sich nach kurzer Zeit.

Die von den Aerzten aufgestellten Sätze hatten folgenden Wortlaut:

I. Das Rettungswesen, d. h. die erste ärztliche Hilfeleistung bei plötzlichen Unglücksfällen und Erkrankungen, und das Krankentransportwesen, namentlich bei Epidemien, bedürfen dringend einer Umgestaltung und Regelung.

II. Diese Regelung kann nur unter Mitwirkung der Berliner Aerzteschaft in die Wege geleitet werden.

III. Um das Rettungswesen nicht auf die unsichere Basis privater Wohlthätigkeit, respective Speculation zu stellen, ist es erforderlich, dass die Stadt Berlin, die zur Organisation des Berliner Rettungswesens notwendigen Mittel bereit stellt. Eine Beihilfe aus Privatkreisen ist willkommen.

IV. Es ist nöthig, zahlreiche Rettungsstationen zu schaffen, welche jederzeit ärztliche Hilfe schnell zu gewähren im Stande sind. Auf jeder Station soll mindestens ein Verbandkasten, Transportmittel, ein Raum und Vorkehrungen zur Vornahme notwendiger Operationen, sowie Fernsprechanschluss vorhanden sein.

V. Der ärztliche Dienst an diesen Stationen ist so zu gestalten, dass allen sich bereit erklärenden Aerzten die Theilnahme frei steht.

VI. Die sich bereit erklärenden Aerzte vertheilen den Wachtdienst unter sich und sind verpflichtet, sich während desselben zu Hause zu halten. Diese Hilfsbereitschaft der Aerzte wird nicht honorirt, dieselbe ist vielmehr Ehrenamt. Sollte sich jedoch das Bedürfniss des Wachtdienstes auf der Station, sei es in einzelnen Bezirken, sei es für bestimmte Tages- oder Nachtstunden herausstellen, so wird dieser Wachtdienst honorirt.

Am 29. November 1895 beschäftigte sich die Aerztekammer Berlin-Brandenburg zum zweiten Male mit diesem Gegenstande und nahm folgenden Antrag an:

„Die Aerztekammer für die Provinz Brandenburg und den Stadtkreis Berlin wolle dem Magistrat von Berlin einen Antrag unterbreiten des Inhalts, dass die für die

1) Deutsche medicinische Wochenschrift. 1895. No. 30.

rs über die von der Section VI der Brauerei- und Mälzereiberufs-  
schaft veröffentlichten Zahlen, welche die durch das Behandlungs-  
n der Unfallstationen bei den Unfallverletzten dieser Section  
Erfolge kennzeichnen sollten.

wischen hatten die Berliner Krankenkassen gleichfalls zur Frage  
tungswesens Stellung genommen und ihrerseits eine Neuner-Com-  
gewählt, welche sich mit ihren Vorschlägen an Geheimrath  
mann wendete. Es erfolgten nun gemeinsame Berathungen  
n den Vertretern der beiden Commissionen, welche dann weiter  
ründung der Berliner Rettungsgesellschaft am 15. October  
r Folge hatten, in welcher die von mir und anderen Seiten gel-  
machten Forderungen für Organisation des Rettungswesens Ver-  
ung gefunden haben. So ist besonders der von mir stets an-  
Gedanke, die Hospitäler selbst in den Dienst des Rettungs-  
zu stellen, jetzt bei der Rettungsgesellschaft, wie in anderen  
i, zur That geworden. Ausserdem wurden die Hospitäler mit  
telle vereinigt, von welcher aus stets nach dem bei der Wiener  
gen Rettungsgesellschaft bestehenden Grundsatz Auskunft über  
den Krankenhäusern freistehenden Betten ertheilt werden kann.  
Centrale“, welche von der Berliner Rettungsgesellschaft auf An-  
von William Levy eingerichtet wurde, bildet die Grundlage der  
stehenden Organisation.

usser den Berlinern Hospitälern wurden die in Berlin vorhandenen  
transportgeschäfte mit der Centrale in Verbindung gesetzt. Hier-  
wurde eine Centralisirung des Rettungs- und Krankentransportdienstes  
uptstadt erreicht, wie sie in keiner anderen Stadt der Welt in  
Ausdehnung geschaffen worden ist. Diese (12) Krankenhäuser sind die  
machen“ der Gesellschaft während in Stadttheilen wo Kranken



wichtig für Aufnahme und Beförderung von Kranken mit ansteckenden Krankheiten, da diese nur in bestimmten Wagen der betreffenden Unternehmer befördert werden dürfen.

Diese Unterstützung der öffentlichen Krankenversorgung ist seitens der Behörden durch eine werthvolle materielle Unterstützung der Gesellschaft seitens der Stadt, welche in jedem Jahre sich steigert und Anfangs 16 000, im letzten Etatsjahre 30 000 Mk. betrug, erkannt worden. Ferner wurde im letzten Jahre der bisher an öffentlichen Anschlagssäulen an der Stelle, wo die amtlichen Bestimmungen sich befinden, bestanden, Hinweis, dass Krankentransport für ansteckende Kranke durch das nächste Polizeirevier bestellt werden darf, fortgelassen, und dafür ein Hinweis auf die nächstgelegene Einrichtung der Rettungsgesellschaft aufgenommen, und an sämtlichen Säulen die Adresse der Centrale aufgezeichnet.

Die Centrale hat ausser diesen Fernsprechverbindungen eigene Verbindungen zu drei Krankenhäusern, welche nicht Hauptwachen der Gesellschaft sind, nämlich zur Universitäts-Frauenklinik, dem Kaiserin Friedrich-Kinderkrankenhaus und zum städtischen Krankenhause Gitschinerstrasse. Durch die erstere ist es ermöglicht, jederzeit schnelle Hülfe für Entbindungen und andere gefahrdrohende Zustände bei herbeizuschaffen, da in der Frauenklinik ständig eine Anzahl von Hebammen und Aerzten im Dujour-Dienste sich befindet. Durch die Verbindung mit dem Kinderkrankenhause ist eine bessere Unterbringung erkrankter Kinder, besonders von Säuglingen, ermöglicht. Anders ist die Hauptwache der Gesellschaft, ohne directen Fernsprechanschluss mit der Centrale, die Kreiskrankenhäuser in Britz und Gross-Lichterfelde, während die Hauptwache im Charlottenburger Krankenhaus der Centrale eigene Drahtverbindung hat. Die Verbindung mit der Polizei und dadurch der Feuerwehr ist durch eine eigene Leitung der Centrale zum nächsten Polizeirevierbureau, welches Fernsprechanschluss besitzt, bewirkt. Hierdurch können Einrichtungen der Gesellschaft durch Vermittelung der Centrale von der Polizei angerufen werden.

Sämmtliche acht Rettungswachen sind gleichfalls durch eigene Verbindungen mit der Centrale verbunden. Ausserdem haben alle Hauptwachen der Gesellschaft und die Centrale selbst Stadtfernprechanschluss, so dass die gesammten Anstalten von allen Theilen der Stadt bei Tag und Nacht angerufen werden können. Die Gesammtlänge der directen Fernsprechleitungen, welche die Centrale mit den genannten Einrichtungen u. s. w. verbinden, beträgt rund 110 km, d. h. mehr als 12 Deutsche Meilen.

Die Leitung des ärztlichen Dienstes auf den Rettungswachen steht den Aerzten. Ausser dem Vorsitzenden, Geheimrath v. Irmann, ist ein ärztlicher und ein Verwaltungsdirector vorhanden. Der Vorsitzende, dessen Stellvertreter, die beiden Schriftführer und die beiden Directoren bilden den geschäftsführenden Vorstand, während im Geschäftsvorstand ausser genannten Personen die Aerzteschaft, Krankenkassen-

sogleich ausgetehrt werden kann.

Asserdem wird die Centrale für Nachforschung nach Vermissten in  
ch genommen, von welchen vermuthet wird, dass sie verunglückt  
einem Krankenhause aufgenommen sind. In sehr kurzer Zeit  
diese Anfragen erledigt werden.

II die Hülfe der Rettungsgesellschaft für einen Massenunfall an-  
werden, so können mehrere oder auch alle Einrichtungen der  
chaft durch einfache Einschaltung am Apparate und durch Um-  
g einer Kurbel mit einem Schläge gleichzeitig benachrichtigt  
, indem dann bei allen Anschlussstellen die Glocke ertönt, und  
eine Mittheilung alle oder ein Theil gleichzeitig aufgefördert  
können, an eine bestimmte Stelle Aerzte, Wärter, Krankenwagen  
senden. Die Alarmirung der Wachen und Krankenwagen der  
chaft kann also in einem Bruchtheil einer Minute erfolgen.

ie Gesellschaft bezweckt nach ihren Satzungen „die Beschaffung und  
lkommnung derjenigen Einrichtungen, welche zur ersten und  
ligen Hülfe bei Unglücksfällen und plötzlichen Erkrankungen,  
zum Krankentransport dienen, und die Fürsorge für die beständige  
ereitschaft dieser Einrichtungen.“

lle Aerzte, welche sich zum Wachtdienst melden, können sich an  
ben betheiligen. Jeder wachthabende Arzt muss Mitglied des  
vereins der Berliner Rettungsgesellschaft“ sein, welchem jetzt  
100 Aerzte angehören. Ein Theil dieser thut Wachtdienst unter  
it des Vorstandes des Vereins, wodurch eine collegiale Regelung  
inschlägigen Verhältnisse von vornherein gewährleistet ist.

er Aerzteverein ist der Rettungsgesellschaft fest angegliedert und  
drei Abgeordnete seines Vorstandes im Vorstande der Gesellschaft  
ers vertreten. welchem ausserdem eine grosse Zahl hervorragender

Die Kosten des Betriebes der Gesellschaft werden durch die Unterstützung der städtischen Behörden, durch freiwillige Beiträge der Mitglieder, sonstige Zuwendungen und alljährlich stattfindende Feste aufgebracht.

Während die Inanspruchnahme der Centrale im Jahre 1898/99 sich auf 17 713 Fälle bezifferte, wurden im gleichen Zeitraume die Rettungswachen von 6151 Hilfesuchenden aufgesucht. 1899/1900 betrugen diese Zahlen 24615 bzw. 8526. Vom 15. October 1897 bis zum 30. Juni 1901 hatte die Centrale 73 950, die Rettungswachen 22 617, also zusammen 96 567 Fälle.

Um ein Einvernehmen zwischen den drei Gesellschaften herzustellen, wurde ein Centralausschuss für das vereinigte Rettungswesen bestellt, dem Vertreter der drei Körperschaften, der Polizei, des Magistrats und der Stadtverordneten angehören. Einen Erfolg hat diese Vereinigung nicht aufzuweisen gehabt. Jedoch wird eine Vereinigung nach den bei der Rettungsgesellschaft herrschenden Grundsätzen mit einigen unwesentlichen Abänderungen hoffentlich doch zu ermöglichen sein. Die Art und Weise, nach welchen dies erfolgen könnte, habe ich in meiner kürzlich erschienenen Schrift „Zur Organisation des Rettungswesens“ (Jena 1901) dargelegt.

#### b) Altona.

Das Rettungswesen liegt zum grossen Theil in den Händen der Berufsfeuerwehr, welche die Transporte der Verunglückten ausführt. Erste Hülfe wird von der Begleitmannschaft nur in den Fällen geleistet, wo ärztliche Hülfe nicht zur Stelle ist. Im Jahre 1899/1900 wurden 1198 Krankentransporte ausgeführt, und in 81 Fällen Nothverbände angelegt.

#### c) Braunschweig.

Auch in der Stadt Braunschweig hat die Feuerwehr das Rettungswesen eingerichtet und im Dienstgebäude der Feuerwehr, welches in der Mitte der Stadt gelegen ist, am 1. April 1896 eine Sanitätswache eröffnet, nachdem in dieser Angelegenheit zuerst der Braunschweiger Aerzteverein gehört war. Nach Meldung eines Unfalls fährt der von zwei im Samariterdienste ausgebildeten Feuermännern begleitete Krankewagen schnell zu der bezeichneten Stelle, wo die erforderliche Hülfe geleistet wird. Wenn nöthig, wird der Verunglückte, mit Nothverband versehen, im Wagen nach dem nächsten Krankenhaus oder seiner Wohnung gebracht, wo ihm ärztliche Hülfe zu Theil wird. Von zahlungsfähigen Kranken muss für die erste Hülfe nach einer Gebührenordnung Zahlung geleistet werden, welche aber Armen vom Stadtmagistrat erlassen wird. Die ärztliche Thätigkeit wird ausserdem nach der allgemeinen Taxe berechnet. Für Transporte sind 3 Mk. zu zahlen. Die Wache ist als Centralstation mit 13 Meldestellen verbunden, welche nach Art von Briefkästen an den Strassen angebracht sind und durch von einander

#### d) Bremen.

Sanitätswachen stehen hier mit der 1870 begründeten Berufs-  
in Verbindung. In ihnen darf nur erste Hülfe geleistet werden.  
enten müssen so schnell als möglich in ärztliche Versorgung ge-  
werden. Der Plan zur Einrichtung der Wachen ging 1889 vom  
rector Dittmann aus und wurde am 1. September 1890 ver-  
t. Die Wachen sind in den fünf Feuerwachen untergebracht und  
ässig vortrefflich ausgestattet. Apparate für Anwendung verdich-  
auerstoff sind auf der Wache vorhanden.

erheblicher Theil der Mannschaften ist in der ersten Hülfe  
htet und besorgt den Rettungsdienst. Die Inanspruchnahme der  
hat sich von Jahr zu Jahr gesteigert und betrug im Jahre  
2109 gegen 1828 Fälle im Vorjahre. Seit Bestehen der Wache  
e 1890 wurde bei 14289 Unfällen Hülfe geleistet. In 113 Fällen  
letzten Berichtsjahre ein Arzt zugegen. Die Wachen besitzen  
transportmittel und alle sonst erforderlichen Geräthe für erste

Ein Zelt für Einrichtung fliegender Wachen ist in Bereitschaft.  
andlung aller Fälle, einschliesslich der Ausfahrt, nahm im Ganzen  
tunden in Anspruch, also etwa 51 Minuten für den Fall. Vier  
orden besondere Wachen eingerichtet. Die vier Krankenwagen

zum Fortschaffen von Personen 1715 Mal benutzt, wobei rund  
Deutsche Meilen zurückgelegt wurden. Blinder Lärm erfolgte in  
len. Die Hilfsleistungen wegen Unfall erfolgten am meisten am  
. Für die Feuermeldung sind 62 Sprechstellen und 91 Feuer-  
stellen vorhanden, welche gleichzeitig für die Meldung von Unfällen  
werden können.

Centralwache 2 Verbandkästen und 5 Tragen, welche auf den Wagen betreffenden Wachen untergebracht sind. 100 Mitglieder des Corps, welchem 60—70 stets auf der Wache sind, sind in der ersten ausgebildet und auf den Wachen vertheilt. Im städtischen Hospital der inneren Stadt sind 6 Krankenwagen vorhanden, von welchen ständig mit Pferden des städtischen Marstalls bespannt sind, die ü nur, wenn es die Nothwendigkeit erfordert. Ferner sind Fahrbahnen zum Krankenhause zur Verfügung. Bei Tage sind für Zwecke der Unfallmelde mehr als 250 Fernsprechstationen der Feuerwehr und Polizei, ausser die des allgemeinen Fernsprechnetzes verfügbar. Bei Nacht sind von ersteren 69 und von letzteren 70 Stationen mit der Feuerwehr verbunden, und ausserdem kann durch Vermittlung der Polizisten, die Schlüsselliste zu den in den Feuermeldeapparaten befindlichen Telephonbesitzern, die Feuerwehr noch von 51 Stellen benachrichtigt werden. In jedem Unfall kann also von einer genügenden Zahl von Meldeposten aus die Feuerwehr benachrichtigt werden.

Wird ein Unfall bei der Hauptwache in der inneren Stadt gemeldet, so rückt, wenn es sich um einen Verunglückten handelt, ein Fahrzeug von der der Stelle zunächst gelegenen Wache aus. Sind mehrere Personen verunglückt, so leisten mehrere Fahrzeuge. Ist nöthig, die gesammte Feuerwehr Hülfe. Die Alarmirung, die Abgesandten geschehen genau so, als wenn ein Feuer gemeldet wäre. Nach dem Unfall werden zugleich ein oder mehrere Krankenwagen vom Hospital zum Unfallort Fernsprecher herbeigerufen. Meistens trifft die Feuerwehr frühzeitig an der Krankenwagen bei der Unfallstelle ein, legt einen nothwendigen Verband an und macht den Verunglückten beförderungsfähig. Ist kein Krankenwagen, wenn z. B. beide Wagen unterwegs sind, so wird der Kranke mit einer Trage und 4 Mann nach der nächsten Krankenanstalt gebracht. Mindestens 1 Oberfeuermann und 4 Feuerwehrleute rücken aus. Stellt sich bei der Ankunft heraus, dass 1 oder 2 Mann genügen, so fährt das Fahrzeug mit dem Reste der Mannschaft sofort zur Wache zurück. Die Instructionen für die ersten Hülfsleistungen betreffs der ersten Behandlung sind sehr genau und zwecken besonders den Verunglückten möglichst bald geeignete Behandlung im Krankenhause zuzuführen. Bei dringender Lebensgefahr, Erstickten, Ertrunkenen müssen die Leute selbst eingreifen, aber auch dem einen Arzt zuziehen. In einem solchen Falle ist die Mannschaft seinen Anordnungen zu folgen, da er vom Augenblicke des Eingreifens an die Verantwortung übernimmt. Irgend welche Beschränkungen über diese Art der Versorgung der Verunglückten sind seitens der Krankenhäuser nicht eingegangen. Die Rufe mehren sich beständig. Es zeigt sich also hier ein ganz vortreffliches Ineinandergreifen der Feuerwehr mit den Krankenhäusern für das Rettungswerk, welches ich stellen ganz besonders günstig hingestellt. Die Thätigkeit der Sammelcolonnen der Feuerwehr war folgende:

1891/92	13 Fälle (vom October)	1895/96	495 Fälle
1892/93	52 "	1896/97	584 "
1893/94	129 "	1897/98	569 "
1894/95	245 "	1898/99	554 "

Ausser diesen von den Behörden eingerichteten Rettungsvorkehrungen solche der Genossenschaft freiwilliger Krankenpfleger im Kriege zu ern, nämlich 12 Unfallmeldestellen in der Stadt, welche gut ausge-sind. Die Leiter dieser Stellen leisten auf behördlichen oder en Anruf unentgeltliche erste Hülfe, rufen Aerzte herbei und sorgen hgemässe Unterbringung Verunglückter. Ein Theil der Unfallmelde- ist an den Fernsprecher angeschlossen und mit Tragbahren en.

uch der 1844 begründete private Feuerrettungsverein hat ein Frei-s Sanitätscorps, welches 1896 über 10 Verbandstationen, ferner Iaterial zu Zwecken der Feuerlöschung und Menschenrettung ver-

Die Mitglieder des Vereins bezw. des Sanitätscorps leisten be- s bei Bränden Hülfe, 1895/96 betrug die Zahl 502 Fälle.

erner besteht seit dem Ende des Jahres 1899 eine berufsgenossen- iche Unfallstation, deren Krankentransportausrüstung bereits ge- rt ist. Im Ganzen wurden im Jahre daselbst 1853 Fälle be- t, von welchen 401 berufsgenossenschaftliche waren. Letztere a auf der Station ambulatorisch weiter behandelt, ferner wurde ein der notorisch Unbemittelten unentgeltlich weiter behandelt, weil sie ndereu Polikliniken abgewiesen wurden. In der Station werden freiwillige Krankenpfleger für den Krieg ausgebildet.

ine Neuregelung des gesammten Rettungsdienstes unter städtischer e wird beabsichtigt.

#### f) Danzig.

n Legan bei Danzig wurde Anfang 1897 eine Unfallstation er- . Sie befindet sich in einer von der chemischen Fabrik erbauten ke, während die innere Einrichtung aus Beiträgen der Berufs- senschaften bestritten ist. Die Station wird in Benutzung gezogen d sich ein Unfall ereignet hat. Die Versorgung der Verunglückten durch 4 ausgebildete Leiter statt, welche tagsüber in den Arbeit- en sich befinden und auch Nachts, da ihre Wohnungen innerhalb Fabrik befindlich sind, gerufen werden können. Die Station wurde n ersten 3 Monaten ihres Bestehens auch für in der Nähe der k vorgekommene Unfälle benutzt. In der Fabrik wurden 32, thalb derselben 24 Fälle versorgt. Schwer Verletzte wurden ins kenhaus oder in ihre Wohnung oder zu Aerzten befördert. Die eren nahmen nach angelegtem Verbande ihre Arbeit wieder auf wurden nach ihrer Wohnung geschickt, von wo sie am folgenden zur Arbeit, bezw. zur Erneuerung des Verbandes sich wieder ein- en. Es wäre wohl angebracht, die Verletzten anzuweisen, nach An- g des Nothverbandes sofort ärztliche Hülfe nachzusuchen, zum

Mindesten aber die „Erneuerung des Verbandes“ nicht Laien zu überlassen.

In Danzig selbst und weiterer Umgebung sind mehrere Verbandstationen vom Rothen Kreuz errichtet.

#### g) Dresden.

Das von den Behörden eingerichtete Rettungswesen ruht in den Händen der Berufsfeuerwehr, welche mit ihren Unfallwagen so schnell wie die Feuerwehr zum Brande ausfährt. Die Bestellung der Wagen erfolgt mündlich oder durch Fernsprecher bei der nächsten Wohlfahrtspolizeibezirkswache oder bei einer Feuerwehrrache. Je ein Feuerwehrmann und ein Wohlfahrtspolizeibeamter, beide in der ersten Hülfe ausgebildet, begleiten den Wagen. Die Benutzung der Wagen wird mit 4 Mk. berechnet, bei Unbemittelten erfolgt sie unentgeltlich. Zur Versorgung von Verunglückten mit ärztlicher Behandlung sind 7 chirurgische Hilfsstellen vorhanden, welche zumeist an Krankenhäuser angeschlossen sind. Zwei dieser sind Wachen des Samariterversins (Freiwillige Rettungsgesellschaft) zu Dresden, welcher am 5. Mai 1896 durch Generalarzt Rühlemann begründet wurde. Der Verein hält Curse in der ersten Hülfe für die Sicherheits- und Wohlfahrtspolizeibeamten, Feuerwehrmänner, Eisenbahnbeamten, Turner u. s. w. ab. Er erhielt eine einmalige Beihilfe von 5000 und jährliche Unterstützung von 2000 Mk. seitens der Stadt mit der Verpflichtung, genannte städtische Beamte in der ersten Hülfe auszubilden.

#### h) Frankfurt am Main.

Am 12. December 1890 wurde die Frankfurter Freiwillige Rettungsgesellschaft begründet, welche den Zweck hat „in Frankfurt am Main bei Unglücksfällen aller Art, welche das Leben und die Gesundheit bedrohen, entweder selbstständig oder im Anschluss an die bereits bestehenden staatlichen, städtischen oder privaten Einrichtungen eine sofortige erste Hülfe zu leisten und im Nothfalle den Transport Verletzter, Erkrankter oder Verunglückter zu übernehmen“.

##### § 2. Zur Erreichung dieses Zweckes werden:

1. um die Kenntniss der ersten Hilfeleistungen in möglichst weite Kreise zu verbreiten, Unterrichtsstunden an Vereine, Anstalten, Corporationen und Private stattfinden;
2. die nöthigen Materialien zum Unterricht und zur ersten Hilfeleistung beschafft und an Behörden, Vereine, Anstalten, welche die Bestrebungen der Gesellschaft fördern und ihre Mitglieder, Räumlichkeiten etc. derselben zur Verfügung stellen wollen, diese Materialien zur unentgeltlichen Benutzung verabfolgt werden;
3. ständige Rettungswachen mit ununterbrochenem freiwilligen Dienst bei Tag und Nacht errichtet werden;
4. zeitweilige Wachen bei besonderen Gelegenheiten, wie Ausstellungen, Rennen, Regatten etc. aufgestellt werden.

##### § 3. Die Hilfeleistungen der Gesellschaft sind unentgeltlich. Von Bemittelten

h erwartet, dass sie für die geleistete Hilfe einen entsprechenden Betrag der ft entrichten.

er Centralfeuerwache ist jetzt eine Rettungswache eingerichtet, im Wartehause der Strassenbahn ein Verbandkasten zum all-Gebrauch aufgestellt. Den Schlüssel zu diesem hat am Tage der Strassenbahn, und des Nachts der wachthabende Unterer gegenüberliegenden Militärhauptwache. Die Gesellschaft lässt stellte verschiedener Behörden Samariterunterricht ertheilen und fliegende Wachen.

errichtete an 27 Stellen an Brücken und Ufern des Mains Vorkehrungen und Tafeln mit Anweisung zur Wiederbelebung ner. Ausserdem wurden Verbandkästen an verschiedenen Orten lt. 2 Krankentransportwagen, einer in Equipagenform mit seitinlagerung des Patienten, stehen zur Verfügung. Kutscher, ing liefert die Feuerwehr.

Dienst auf der Wache wurde zuerst durch Heilgehülfen wahr-n, jedoch zeigte sich bei der im Laufe der Jahre wachsenden it, dass ein ärztlicher Dienst nicht zu entbehren sei.

Gesellschaft leistete 1900 in 3711 Fällen, seit ihrem Bestehen Ganzen in 13615 Fällen erste Hülfe.

Stadt gewährte der Gesellschaft eine jährliche Subvention von 5.

Samariterabtheilung der Frankfurter Radfahrer wurde am 1897 begründet. 1899 wurde die Abtheilung in den „Frankfurter rverein“ umgewandelt, welcher zum Zweck hat: „die erste sach-Hülfeleistung bei allen Unfällen, wo ärztliche Hülfe nicht sofort zur - und ferner „die Verbreitung der Samariter-Bestrebungen“. Diesen ill der Verein erreichen: „Durch Ausbildung seiner Mitglieder riterdienst vermittelt Abhaltung von Cursen, Veranstaltung von n und Ausleihen einschlägiger Bücher und Zeitschriften an die r: durch Errichtung von Sanitätswachen und Verbandstellen; ostenfreie Lieferung von Verbandmaterialien an die Mitglieder; tellung fliegender Wachen bei entsprechenden Gelegenheiten; ellung eines ausgebildeten Corps im Kriegsfall. Der Verein ei Sanitätswachen eingerichtet, auf welchen Heilgehülfen den enst ausübten. Im Jahre 1900 wurde ein bespannter Rettungs- ngeschaft, welcher Platz für zwei liegende Kranke und im Noth- 5 sitzende Personen gewährt. 1901 erwarb der Verein einen rrankenwagen. Ferner sind Verbandgeräthschaften sowie Wieder- smittel im Wagen vorgesehen. Auf der ersten Sanitätswache 1900 2384 Fälle, von der zweiten 410 behandelt. Von beiden 407 auf die Nacht. Transporte von Verunglückten wurden 445, transporte 207 ausgeführt. Bei einer grossen Zahl von passenden eiten wurden fliegende Wachen errichtet, und hier 269 Patienten t. Im Ganzen bezifferte sich die Thätigkeit des Vereins auf ille.



In sämmtlichen elektrischen Strassenbahn- und Postwagen hat Verein Verbandkästen eingesetzt. Der Verein erhielt von der Stadtverwaltung eine jährliche Unterstützung von 1000 Mk.

Da in den Rettungswachen beider Körperschaften sich das Bedürfniss für Einrichtung eines ärztlichen Dienstes fühlbar machte, es im allgemeinen Interesse dringend erforderlich erschien, die zwischen beiden Vereinigungen bestehenden Verschiedenheiten auszugleichen, wozu zunächst im Anschluss an den ärztlichen Verein zu Frankfurt ein „Aerztverband für das freiwillige Rettungswesen“ gebildet zu dem Zwecke

„1. Organisation eines ständigen Nachweises ärztlicher Hülfe für plötzlich kranken und Verletzten,

2. Organisation eines ärztlichen Bereitschaftsdienstes für besondere Gelegenheiten und Massenunfälle,

3. Organisation und Ueberwachung der Ausbildung von Laien zur Ausübung der ersten Hülfeleistung“.

Mitglied dieses Verbandes kann jeder in Frankfurt wohnende werden, indem jedem sich niederlassenden Arzte die Satzungen und Formulare zur Unterschrift für den Wachtdienst übergeben werden. Wachtdienst nehmen also alle sich bereit erklärenden Aerzte. Die Mitglieder des Verbandes dürfen sich nur durch Vermittelung des Verbandes den Gesellschaften, welche sich mit dem freiwilligen Rettungswesen befassen, zur Verfügung stellen.

Um eine einheitliche Regelung des freiwilligen Rettungswesens der Stadt zu erzielen, wurde weiter ein Ausschuss eingesetzt, welchem angehören:

a) zwei Vertreter der Rettungsgesellschaft, von welchen einer Arzt sein muss,

b) zwei Vertreter des Samaritervereins, von welchen einer ein Mitglied sein muss,

c) zwei Vertreter des Aerzteverbandes,

d) zwei Vertreter der Krankenkassen,

e) ein Vertreter des Königlichen Polizeipräsidiums,

f) der Vorsitzende der städtischen Anstaltsdeputation,

g) der Stadtarzt.

Es sind also 5 Aerzte unter den 11 Vertretern. Aus den von dem Ausschusse festgesetzten Bestimmungen ist zu erwähnen, dass von dem ersten ab die erste Hülfe von den Rettungswachen in der Hauptfeuerwache in der Feuerwache in der Burgstrasse, wohin die Rettungswache des Samaritervereins in der Friedbergerstrasse verlegt wird, ferner von dem städtischen Krankenhause ausgeübt wird. Jeder Rettungswache wird ein bestimmter Stadtbezirk für ihre Thätigkeit zugewiesen, ausserhalb desselben darf sie nur in Ausnahmefällen eingreifen. Während die Rettungswache in der Hauptfeuerwache von der freiwilligen Rettungsgesellschaft gehalten wird, welche das nicht ärztliche Wachtpersonal, die Fahrzeuge und die gesamte Einrichtung stellt, unterhält in gleicher Weise der Samariterverein die Rettungswache in der zweiten Feuerwache. Fahrpersonal, W

spannung, Heizung und Beleuchtung stellt in beiden Wachen die Stadtverwaltung, sodass bei Meldung eines Unfalles sofort der dienstende Arzt mit dem von der Feuerwehr bespannten und gefahrenen Rettungswagen sich an die Unfallstelle so schnell wie die Feuerwehr zum Brande begiebt. Glocken an den Wagen veranlassen andere Fuhrleute dem Rettungswagen Platz zu machen. Den ständigen ärztlichen Dienst auf beiden Wachen besorgt der Aerzteverband, welcher für jede Wache vorläufig eine Vergütung von 4500 Mk. erhält. Der Rettungsdienst des städtischen Krankenhauses wird von der Stadtverwaltung unterhalten, in dem die Assistenzärzte abwechselnd den Rettungsdienst ausüben. Die Leistung beschränkt sich auf Leistung erster Hülfe, eine Weiterbehandlung durch die Wachen darf nicht stattfinden. Die Hilfsleistung ist für Unbemittelte unentgeltlich, von Bemittelten wird angemessene Vergütung erwartet. Die Aerzte vertheilen nach Anzahl der geleisteten Dienststunden das Honorar unter sich. „Soweit die an den Aerzteverband zu zahlenden Pauschalvergütungen von je 4500 Mk. durch die in der Wache zufließenden Einnahmen für erste Hülfeleistungen und Transporte und durch die von Krankenkassen zu zahlenden Pauschalvergütungen nicht gedeckt werden, wird der Fehlbetrag von der Stadtverwaltung ersetzt“. Für Beförderung von ansteckenden Kranken wird bestimmter Wagen des städtischen Krankenhauses benutzt. Krankenwagen, welche Anspruch auf unentgeltliche Hilfsleistung und Transport für Mitglieder machen, zahlen für das Jahr und jedes Mitglied 5 Pf., welche Summe je zur Hälfte an die Rettungsgesellschaft und an den Sanitätsverein fließt. Für alle übrigen Dienstzweige sind eigene Vorschriften erlassen. Besonders ist der Alarmierungsdienst für Massenanfälle inner- und ausserhalb Frankfurts geregelt. Für letztere besteht ein Abkommen zwischen der Sanitätscolonne des Kreiskriegerverbandes Frankfurt am Main, der Eisenbahndirection, der Rettungsgesellschaft, sowie den Polizeibureaux. Das Depot der genannten Sanitätscolonne ist in einem Gebäude des Hauptbahnhofes untergebracht, sodass bei grösseren Fällen ausserhalb der Stadt und besonders bei Eisenbahnunfällen sofort schnelle Hülfe geleistet werden kann. Mehrere Güterwagen sind für diesen Zweck der Colonne zur Verfügung gestellt, welche im Bedarfsfalle mit allem erforderlichen Material, Aerzten und Sanitätsmannschaften die Unfallstelle abgehen können. In den Wagen werden während der Fahrt die zur Unterbringung der Verletzten nothwendigen Geräthschaften (Linxweiler) aufgestellt. Ferner ist ein eigener Wagen mit Dynamomaschine zur Verfügung, welcher nicht nur einen mächtigen Scheinwerfer ist, sondern auch Aufstellung und Versorgung electrischer Laternen und Beleuchtung der Unfallstelle bei Dunkelheit gestattet.

#### i) Hamburg.

Die oben erwähnte Rettungsanstalt von 1768, welche von der „Hamburgischen Gesellschaft zur Beförderung der Künste und nützlichen Gewerbe“ gegründet wurde wie sie in der Folge hiess, der „Patriotischen Gesellschaft“ weiter er-

halten wurde, besass zur Zeit des Hamburgischen Brandes inner Stadt 44, ausserhalb derselben 42 Stationen. In den achtziger Jahren bestanden 150 und 1898: 204 Stationen, d. h. Stellen, an denen Feuergeräthschaften untergebracht waren. Die Rettungskästen, deren Einrichtung natürlich ein etwas abweichender von dem des 18. Jahrhunderts auf den Polizeiwachen, Bahnhöfen, Alsterdampfbooten eingestellt sind Rettungshaken, -boote, Eisboote, Plakate mit Anweisung zur Belebung an zahlreichen Stellen untergebracht. Zur Erwärmung zum Transport der Verunglückten dienen wollene Decken und Anzüge, die 1897 in 169 Fällen benutzt wurden. 1899 wurden die gesamten Rettungsrichtungen in 620 Fällen in Anspruch genommen. Am 1. Januar 1899 ging das gesammte Inventar der Rettungsanstalt in den Besitz des Hamburgischen Staates über und wird von dieser Zeit an von der Behörde weiter verwaltet. Die Rettungsanstalt hat jetzt als Hauptthätigkeit die Belohnung von Personen, die mit Einsetzung ihres Lebens Mitmenschen aus Wassers- oder Feuergefahr errettet haben.

Am 15. Mai 1885 wurde der „Hamburger Verein zur Errichtung von Sanitätswachen“ begründet, und dessen erste Sanitätswache am 5. Mai 1888 dem Verkehr übergeben. Es war zunächst nur ein ständiger Nachtdienst von 8 Uhr Abends bis 7 Uhr Morgens eingerichtet. Für den Fall, dass, während der Arzt fortgerufen, Hülfe erbeter war ein Aerztenachweis hergestellt. Aerzte, welche sich zur Verfügung gestellt hatten, wurden von dem Hülfesuchenden, welcher auf dem Wege einen Briefumschlag mit der betreffenden Adresse erhielt, geholt. Am 1. November 1890 konnte die zweite Wache eröffnet werden. Die beiden Wachen entwickelten im Jahre 1892 zur Cholerazeit eine sehr grosse Thätigkeit. Die Inanspruchnahme der beiden Wachen war folgende:

Wache 1:	1888 (8 Monate)	222 Fälle
	1889 . . . . .	452 „
	1890 . . . . .	599 „
	1891 . . . . .	649 „
	1892 (Cholerajahr)	1983 „
	1893 . . . . .	648 „
	1894 . . . . .	599 „
	1895 . . . . .	660 „
	1896 . . . . .	687 „
	1897 . . . . .	640 „
	1898 . . . . .	652 „
	1899 . . . . .	790 „

Die Wache 2 musste am 31. Mai 1896 wieder geschlossen werden. Sie hatte bis zu dieser Zeit folgende Frequenz:

	1890 (2 Monate)	30 Fälle
	1891 . . . . .	238 „
	1892 (Cholerajahr)	829 „
	1893 . . . . .	367 „
	1894 . . . . .	323 „
	1895 . . . . .	312 „

Zur Zeit der Choleraepidemie war auch ein ärztlicher Tagesdienst in Wachen eingerichtet. Während sonst in allen Wachen aller Städte die ärztlichen Hilfsleistungen der Wachen überwiegen, zeigte sich zu dieser Zeit ein vollkommen anderes Bild. Es wurden von Wache 1 im Jahre 1892 511 chirurgische und 1082 innere Fälle behandelt. Von Wache 2 waren typische Cholera in den Monaten August und September auf Wache 2 kamen 187 äussere und 468 innere Fälle (172 Cholerafälle) zur Versorgung. Während der Zeit waren noch zwei „temporäre Wachen mit Aerztenachweis“ eingerichtet. Bemerkenswerth ist, dass im Bericht für das Jahr 1894 sich folgender Gedanke ausgesprochen

„Gerade auf diesem Gebiete aber könnte vom Staate ausserordentlich Segensgeleistet werden, wenn die an verschiedenen Krankenhäusern bestehenden Polikliniken ununterbrochen mit Assistenzärzten besetzt und Hilfsleistungen bereit wären. Durch den solcher Gestalt erfolgten Anschluss an neun Anstalten: . . . . . würde die Stadt mit einem vollständigen Ring von ärztlich eingerichteter Stationen umgeben, und dem vorhandenen Bedürfnisse Gesehehen sein“.

Dieser Gedanke ist dann wieder im Bericht für 1897, also nach Gründung der Berliner Rettungsgesellschaft, ausgedrückt, jedoch bisher noch nicht verwirklicht worden. Man wollte damals mit Hilfe sämtlicher Wachen, welche einschlägige Ziele haben, „und unter Heranziehung der vorhandenen Krankenhäuser, eine der Berliner Rettungsgesellschaft ähnliche Einrichtung für das gesammte hamburgische Gebiet schaffen“. Auch im letzten Bericht für 1899 ist von Verhandlungen die Rede, um an solchen Krankenhäusern Stationen zu errichten, in welchen erstere die erste Hilfe geleistet wird.

Ausser der einen Sanitätswache fungirt das Polizei-Krankenhaus als Rettungswache, indem die diensthabenden Aerzte Hülfsuchende ver-

Sämtliche Polizeiwachen sind mit Verbandkästen und Räderwagen ausgerüstet, so dass die Polizisten, die als Nothhelfer ausgebildet sind, erste Hilfe leisten und in besonderen Fällen Aerzte aus der Nachbarstadt heranziehen.

Die vortrefflich organisirte Hamburgische Feuerwehr, deren Mannschaften seit 1891 — und zwar jetzt alle — als Samariter ausgebildet sind, leistet gleichfalls erste Hilfe, übernimmt aber nicht die Krankenversorgung. Im gegebenen Falle werden die polizeilichen Krankenvorgeschoben. In jedem Löschzuge werden zwei Verbandkästen, ein Verbandkasten auf dem Mannschaftswagen und ein kleiner auf der Gasspritze, zur Brand- oder Unfallstelle mitgeführt. In jeder Wache ist ausserdem ein Reserveverbandkasten verfügbar. Die Hilfe wird Jedermann sofort erteilt. Von 1893—98 wurde bei Bränden 322 mal und in Wachen 91 mal erste Hilfe geleistet.

## k) Hannover.

Der Rettungsdienst wird im Wesentlichen von der Polizei gehandhabt, deren Mitglieder in der ersten Hülfe ausgebildet sind. Ereigne sich ein Unfall auf der Strasse, so kann der nächstbefindliche Schutzmann zunächst selbst Nothhülfe leisten. Zu diesem Behufe sind die Beamten mit kleinen ledernen Taschen ausgerüstet, welche ein Verbandpäckchen, eine Instruction für Verhalten bei Unglücksfällen, sowie in einem zweiten Büchelchen verschiedene für den Sanitätsdienst wichtige Angaben enthalten, z. B. ein Verzeichniss von Aerzten, welche sich zur Hülfe bereit erklärt haben, nach dem Alphabet der Strassennamen geordnet, ein Verzeichniss von Krankenträgern nach gleichem Grundsatz aufgestellt, Verzeichniss der Plätze, wo sich die Verbandkästen, die Krankenfahrbahren, die Tragkörbe und die Rettungsringe für Ertrinkende befinden. Die Tasche enthält eine weisse Legitimationskarte für die Verabfolgung des Rettungskastens, sowie eine rothe Karte für die Krankentrage. Der Schutzmann übergibt die Karten an umstehende Personen und sendet sie an die nächst gelegenen Stellen, wo die Kästen, beziehungsweise die Tragen sich befinden. Dort erhält der Ueberbringer den Gegenstand ausgehändigt und begiebt sich schleunigst damit zur Unfallstelle zurück. Es erfolgt dann die Unterbringung des Verunglückten in seine Wohnung oder eins der Krankenhäuser, welche jetzt sich alle bereit erklärt haben, Verunglückten stets Aufnahme zu gewähren. Seit längerer Zeit wird beabsichtigt, in Hannover eine Rettungsgesellschaft nach Berliner Muster unter ärztlicher Führung zu schaffen. Leider ist die Absicht noch nicht ganz zur Ausführung gelangt.

In Linden bei Hannover ist ein vortrefflich organisirter Samariterverein vorhanden, dessen Mitglieder bei den hier in den vielen Fabriken zahlreich sich ereignenden Unfällen eingreifen.

Die Mitglieder des Vereins sind wie die des Leipziger Samaritervereins uniformirt.

## l) Kiel.

Der Deutsche Samariterverein Kiel wurde oben (S. 576) erwähnt. Besondere Organisationen für erste Hülfe hat derselbe in Kiel nicht getroffen. Er versendet hauptsächlich Gegenstände, Wandtafeln, sowie Verbandkästen für den Unterricht in der ersten Hülfe, letztere auch für den Gebrauch in Familien, Werkstätten, und ertheilt Rathschläge auf bezügliche Anfragen.

Die in den Betriebswerkstätten der Kaiserlichen Marine vorhandenen Einrichtungen zur ersten Versorgung verunglückter Arbeiter werden an anderer Stelle des Handbuchs von Kleffel geschildert.

## m) Köln.

Der im Jahre 1887 begründete Samariterverein hat 28 Samariterstationen in öffentlichen Gebäuden, Apotheken, Droguerien eingerichtet. In einem Schrank befindet sich eine zusammengeklappte, gedeckte Tragbahre, sowie erforderliche Verbandmittel.

se oder ihren wohnungen.

Errichtung ständiger Rettungswachen mit ununterbrochenem Dienste bei Tag und Nacht.

Aufstellung zeitweiliger Wachen bei besonderen Gelegenheiten, wie Rennen, Ausstellungen etc.

Zu Kriegszeiten den Kriegssanitätsdienst nach Maassgabe des Allerhöchsten Organisationsplanes der freiwilligen Krankenpflege zu unterstützen und ferner die zweckmässige Erfüllung dieser Aufgaben, soweit thunlich vorzunehmen.

Im August wurde der Name „Kölner Rettungsgesellschaft unter der Leitung“ angenommen, welcher dann verwandelt wurde in „Kölner Rettungsgesellschaft vom Rothen Kreuz“. Die Gesellschaft ging von dem richtigen Grundsatz aus, zunächst das Krankentransportwesen zu ordnen, was durch die Feuerwehr in genügender und zweckmässiger Weise geschah, wie dies im Aufsatz „Krankentransportwesen“ dargelegt ist. Die vorhandenen Verbandstellen wurden in den Bereich der Gesellschaft mit einbezogen; in grösseren Fabriken sollen weitere eingerichtet werden. Der Samariterunterricht hat begonnen, und eine grosse Zahl von Leuten ist ausgebildet worden. Ob es thunlich ist, den Unterricht, wie Bardenheuer im Bericht der Gesellschaft und auch v. Esmarch es anregt, in der letzten Classe der Volksschule zu ertheilen, ist eine noch offene Frage. Die Kölner Gesellschaft hat ihre Rettungswachen wie die Berliner bei den Krankenhäusern aus dem gleichen Grunde angelehnt, welcher für die Berliner Rettungsgesellschaft bei Einrichtung ihrer Krankenhäuser als „Rettungswachen“ maassgebend war. Bardenheuer sagt in seiner Rede vom 6. Mai 1900 in der Generalversammlung gehaltenen Ansprache:

„Die neugebildeten Rettungsstationen, unabhängig von einem grossen Hospitale, sind nur dann ihre Berechtigung, wenn sie in einem grösseren Bezirke liegen, wo

fache, nicht an ein Hospital sich anlehrende Rettungsstation handelt. Eine Zwischenstation zwischen der Unfallstätte und dem Hospitale wirkt, wie v. Bergmann richtig hervorhebt, für die meisten dieser Fälle eher schädlich als nützlich. Es kommt hier besonders darauf an, möglichst rasch, möglichst prompt und sachgemäss den Kranken zu verbinden, ohne dass etwas an der Wunde geschieht, ihn möglichst sanft zu verladen und ins nächste Hospital zu transportiren.

Der Vorzug einer an das Hospital angelehnten Rettungswache liegt darin, dass in derselben stets ein du jour habender Arzt vorhanden ist, dass dem Verletzten nicht nur die erste, sondern event. auch die dauernde Hülfe gewährt wird, dass dem Arzte geschultes Wartepersonal zur Verfügung steht, dass ein zweimaliger Verband überflüssig wird, dass event. auch eine grössere Operation, wenn es noth thut, direkt ausgeführt werden kann etc.“

Diese Worte des Vorsitzenden der Kölner Rettungsgesellschaft sind von hohem Interesse, da sie sich vollkommen mit den Ansichten decken, welche in Berlin bei Begründung der Rettungsgesellschaft massgebend waren.

Die drei Feuerwachen, von welchen aus die Krankenbeförderung geschieht, sind mit allen Hospitälern telephonisch verbunden, so dass durch Anruf einer dieser Stellen jederzeit ein Wagen an die gewünschte Stelle entsendet werden kann. Bei Nacht stehen die Rettungswachen und Polizeicommissariate (30 Stellen) für den Anruf zur Verfügung. Um auch noch die anderen Einrichtungen der in Berlin vorhandenen Centrale einzuführen, ist die Errichtung einer eigenen Centrale ins Auge gefasst, und diese auch inzwischen hergestellt worden. Ausserdem hat die Gesellschaft die Aufgabe übernommen, Colonnen und Pflegerinnen für das Rothe Kreuz in den vorhandenen Hospitälern auszubilden. Vorträge über Volkshygiene und allgemeine Samaritercourse für die Mannschaften der Feuerwehr, Polizeibeamte, Damen und Angehörige verschiedener Fabrikbetriebe wurden gehalten. Im Jahre 1899 wurden zeitweilige Wachen für verschiedene Gelegenheiten errichtet. Es sind 13 ständige über das Weichbild der Stadt vertheilte Rettungswachen in Aussicht genommen, die in unmittelbarer Verbindung mit den Krankenhäusern stehen. 1166 Krankentransporte wurden vom 19. August 1899 bis 31. März 1900 ausgeführt.

#### n) Königsberg.

Der Rettungsdienst wird zum Theil von der städtischen Feuerwehr besorgt. Der betreffende Unfallwagen wird durch besondere „Unfallmelder“, automatische Melder oder durch in die Feuermelder eingebaute Fernsprecher, herbeigeholt. Die Polizei- und Feuermannschaften sind zum Theil als Samariter ausgebildet. Auf den Polizeiwachen sind Verbandkästen, und an einigen Stellen der Stadt und Umgebung Krankentragen eingestellt. Für Massenunfälle ist auf der Hauptfeuerwache ein ständig bespannter Mannschaftswagen, welcher mit 8 ausgebildeten Mannschaften ausfährt, mit mehreren Tragen und Rettungswerkzeugen in Bereitschaft. Die Benutzung des Unfallwagens wird von der Stadt unentgeltlich gewährt. Augenblicklich werden Versuche mit neuen elektrischen Unfallmeldern, welche gleichzeitig als Feuermelder benutzt werden können,

.. Für den Fall von Massenunfällen ist, falls die Kräfte der  
 ihr nicht ausreichen, die Beihülfe der Königsberger Sanitätscolonne  
 en. Wie der erste leitende Arzt der Colonne, Oberstabsarzt  
 h, bei Gelegenheit einer Uebung der Colonne am 25. Sep-  
 .898 auseinandersetzte, sind für einen ständigen Wachtdienst die  
 ufs- und Erwerbsleben angehörenden Colonnenmitglieder nicht  
 gnet, sondern mehr für Alarmirung bei Massenunfällen. Herrlich  
 dass die Schaffung des Rettungsdienstes sehr richtig von der  
 öngsberg übernommen sei, und dass „die Organisation des  
 wesens ebenso sehr eine Angelegenheit der practischen Aerzte ist,  
 die Laiensamariter (wie es heute vielfach zu Tage tritt) nicht  
 sind, auf diesem Gebiete eine führende Stellung einzunehmen.“

#### o) Leipzig.

.. Rettungswesen liegt in den Händen des Leipziger Samariter-  
 welcher am 6. Juni 1882 begründet wurde. Aus den Satzungen  
 erwähnen:

Der Samariterverein bezweckt zunächst, unter Laien die Kenntniss  
 ersten Hilfe bei plötzlichen Unglücksfällen zu verbreiten durch  
 z des Unterrichtes in den Hilfeleistungen, welche bis zur Ankunft eines  
 thwendig sind.

ann befasst sich der Verein mit dem Rettungs- und Pflegedienst bei  
 ückten und plötzlich Erkrankten, indem er für schnelle, wenn  
 rztliche Hilfe und für zweckmässige Fortschaffung derselben in  
 er Weise und unter besonderer Berücksichtigung Unbemittelter Sorge trägt  
 nitätswachen und undere Einrichtungen des Samariterwesens, welche  
 nteresse des öffentlichen Wohles nöthig machen.

Als Samariter sollen vor Allen diejenigen ausgebildet werden, welche in  
 es Berufes am häufigsten in die Lage kommen können, bei Unglücksfällen  
 Hilfe zu leisten, namentlich Schutz- und Feuerwehrleute, Post- und Eisen-  
 te, Bau- und Werkmeister, Bau- und Fabrikarbeiter u. dergl. Der Unterricht  
 auch allen anderen Personen beiderlei Geschlechtes Gelegenheit bieten, sich  
 nnte Kenntnisse zu erwerben, um bei vorkommenden Unglücksfällen ihren  
 hen hilfreich sein zu können.

Der Samariter-Unterricht findet unter Leitung und auf Kosten des  
 statt. Die Lehrcurse sind auch Nichtmitgliedern zugänglich und für die  
 ner unentgeltlich.

.. Die ständigen oder zeitweiligen Vereinsanstalten für den Rettungsdienst,  
 swachen, Sanitäts-, Verband- und Rettungsstationen u. s. w.,  
 bestimmt, schnelle und zuverlässige Hilfe bei Unglücksfällen  
 tzlichen Erkrankungen sicher zu stellen. Auch gewähren die Sa-  
 then Personen, welche auf den Strassen oder an öffentlichen  
 erunglücken oder erkranken, vorübergehende Aufnahme und bereiten  
 rtschaffung nach ihren Wohnungen oder dem Krankenhause vor.

ständigen Sanitätswachen gewähren nur nachweislich Unbemittel-  
 ig freie Behandlung.

.. Einrichtungen zur weiteren Fürsorge für Verunglückte und plötz-  
 nkte (Pflegedienst) werden nach Thunlichkeit vom Verein getroffen w



Bei Ereignissen, wo grössere Menschenansammlungen vorkommen, errichtet der Verein zeitweilige Sanitätswachen, für welchen Zweck Assmus ausgezeichnete Schränke angegeben worden sind, welche für die Einrichtung einer Wache Erforderliche enthalten. Beim Ausbruch eines Krieges oder von Seuchen stellt sich der Verein den Behörden zur Verfügung. Er unterhält jetzt drei Sanitätswachen, welche seit 1. ständigen ärztlichen Tages- und Nachtdienst haben. Auf jeder Wache sind mindestens zwei Heilgehülfen im Dienst, von welchen der dienstälteste als erster Heilgehülfe mit der Führung der Wache betraut. Bei Verletzungen leichterer Art hat der wachthabende Heilgehülfe, erforderliche niedere wundärztliche Hülfe zu leiten, den Verletzten ausdrücklich aufzufordern, alsbald ärztliche Hülfe aufzusuchen unter Verlehnung aller Verantwortung für die Folgen, welche durch etwaige Verzögerung entstehen können“. Bei der Wahl des Arztes dürfen die Handlungen nicht beeinflusst werden. Sehr genau ist bestimmt, in welchen Fällen die Heilgehülfen Hülfe nicht selbstständig leisten dürfen. Erkrankungen an öffentlichen Orten oder in den Wohnungen ist schleunigst dem Arzt vom Dienst zu benachrichtigen, ebenso bei schwerer Verletzung oder innerlich Erkrankten, welche die Wache aufgesucht haben. „Dasselbe gilt von allen Fällen, in denen der Wachthabende bezüglich der Art der Verletzung oder Behandlung im Zweifel ist, oder bei der durch sofortiges Eingreifen des Arztes eine Abkürzung der Heilung oder Verheilung herbeigeführt oder eine Verschlimmerung vermieden werden kann.“

Die Aerzte vom Dienst, welche in der Nähe der Wachen wohnen müssen, haben sich durch schriftlichen Vertrag zur Dienstleistung den einzelnen Wachen zu verpflichten und erhalten eigene Fernsprechverbindungen mit der bestimmten Wache. Sie haben sich während ihrer Dienststunden zu Hause zu halten oder genau den Ort ihrer Anwesenheit anzugeben. Im Fall ihrer Behinderung haben sie selbst für einen Stellvertreter zu sorgen. Der ärztliche Tagesdienst wird stundenweise nach bestimmter Festsetzung ausgeübt, der Nachtdienst so, dass ein Arzt vom Dienst und ein Ersatzarzt vorhanden ist. Der Ersatzarzt wird bei Behinderung des Arztes vom Dienst, oder wenn letzterer nicht sogleich zu Hause oder an dem auf der Wache angemeldeten Orte anzutreffen, herbeigerufen. Die gesammten Geschäfte und der Dienst aller Betheiligten auf der Wache wird vom Wachvorsteher überwacht. Für die Hülfsleistungen stellt der Arzt Liquidationen an den Verein aus, welche dieser seinerseits die Rechnungen weiter übermittelt. Ferner sind aufsichtsführende Aerzte für jede Wache vorhanden. Den gesammten Dienstbetrieb leitet ein Arzt als Director der Sanitätswachen. Jede Wache hat ferner einen Boten. Diese sowie die freiwilligen Mannschaften und die Beamten des Vereins sind uniformirt.

Der Dienst der Wachen vollzieht sich in militärischen Form, so dass für jede geringste Bethätigung eines Beamten oder Arztes in dem verzweigten Betriebe klar und genau abgefasste Dienstanweisungen vorhanden sind, ein mühevolltes Werk von Assmus. So besteht

ch ausgearbeitete Anweisungen für das Verhalten bei Massen- bei welchen auch die freiwilligen Hilfsmannschaften (Samariter) treten, welche auch sonst die ständigen und zeitweiligen Wachen unterstützen. Mitglied einer freiwilligen Samariterab- „kann jeder unbescholtene und körperlich rüstige Mann“ werden, das 18. Lebensjahr vollendet, einen Ausbildungscurs des Vereins besucht und das Gelöbniß als Samariter abgelegt hat“. Auch nnschaften haben besondere Dienstordnung.

ser den ständigen und zeitweiligen Wachen unterhält der Verein stationen auf dem städtischen Vieh- und Schlachthof und in der en Markthalle. Ferner hat er Rettungsringe, sowie sonstige haften für Rettung Ertrinkender an den Flussläufen und in Bade- untergebracht. Der Verein ertheilt Unterricht in der ersten 1 die Polizei-, Feuerwehrmannschaften, Eisenbahnbeamten, in d Fortbildungsschulen. Die Krankenkassen erhalten bei Berech- r Behandlung ihrer Mitglieder in plötzlichen Erkrankungen und einen Rabatt.

: hervorragende Ausstattung hat die erste Sanitätswache des um Nikolaikirchhof, bei welcher sich auch die Räume für Versamm- für den Unterricht, sowie die reichhaltigen Niederlagen von Mate- ie Wachen und die Zeugverwaltung befinden. Selbst ein Röntgen- ist hier aufgestellt. Jede Wache ist mit erforderlichen Trans- ln, Trag- und Räderbahren ausgerüstet, ferner besitzt der Verein genen Wagen, für welchen die Feuerwehr die Bespannung und stellt (siehe den vorigen Artikel). Die Stadtgemeinde zahlt ein einen jährlichen Zuschuss von 25 000 Mk.

Thätigkeit des Vereins ist eine sehr bedeutende. Im Jahre rden in 14 Lehrkursen 219 Vorträge vor 319 Zuhörern von n ertheilt. Seit Bestehen des Vereins wurden 197 Curse mit ungen und Vorträgen vor 5526 Personen beiderlei Geschlechts en. Die Wachen hatten 31 dienstthuende Aerzte, 16 Beamte amariterin. Erste Hülfe wurde in 8253 Fällen geleistet. Es der Versuch gemacht, eine Abtheilung von Damen mit Diensttracht ten. Seit 1. Januar 1901 ist eine Samariterin fest angestellt. at der Verein einen Sanitätshund, mit welchem Uebungen ab- werden.

Hülfe der ständigen Wachen wurde im Jahre 1900 6974 mal cht, 6561 Leistungen geschahen am Tage und 1413 während der Seit 1882 betrug die Zahl der Hilfsleistungen 81 460. Auf dem en Vieh- und Schlachthof wurde in 688, in der Markthalle in n erste Hülfe geleistet. Die ausgebildeten Samariter sendeten lkarten über erste Hilfsleistungen ein.

ganz Sachsen ist, Dank der unermüdlichen Bestrebungen von i, das Samariter- und Rettungswesen in vortrefflicher Weise aus-

So besteht für das Königreich Sachsen ein besonderer Landes- rverband als ein Theil des Deutschen Samariterbundes. Dass

durch die centralisirten Bestrebungen auf diesem Gebiete unter ärztlicher Leitung Gutes geschaffen und eine Waffe gegen die Kurpfuscherei geworden, zeigen die selbst in kleineren Ortschaften bestehenden Samaritervereine, als deren Beispiel nur das der Stadt

#### l) Chemnitz

gewählt werden soll. Aus seinen Satzungen interessiren besondere Paragraphen:

§ 2. Der Samariter-Verein zu Chemnitz bezweckt, die Kenntniss der ersten Hülfe bei Unglücksfällen und plötzlichen schweren Erkrankungen, sowie die Begriffe der Krankenpflege unter Laien zu verbreiten und die Ausübung jener Hülfe zu fördern.

§ 5. Von der Mitgliedschaft sind unbedingt ausgeschlossen:

a) Personen und Vereine, die die Kurpfuscherei und andre unlautre Zwecke offen oder versteckt befördern.

b) Gesellschaften oder Personen, die, ohne approbirte Aerzte zu sein, sich der Bethätigung der ersten Hülfe gewerbsmässig befassen.

Der Rath der Stadt Chemnitz hat mit dem Samariterverein einen Vertrag geschlossen, wonach der letztere Verein die Verpflichtung übernommen, möglichst für jede Polizeiwache die in der Nähe wohnenden Samariter und Samariterinnen namhaft zu machen, welche im Falle eines Unfalles sich zur Verfügung stellen. Ferner haben sich für den Tag und die Nacht 48, bezw. 45 Aerzte, für die verschiedenen Stunden eventuell an sie ergehenden Rufe zur Hülfsleistung unverzüglich Folge zu leisten bereit erklärt. Die freiwilligen Mannschaften tragen im Dienst einen bestimmten Anzug. Der gesammte Dienst der Aerzte und sonstigen Mannschaften und Beamten ist durch sorgsam ausgearbeitete Dienstordnung geregelt. Der Verein erhält seit 1897 eine städtische jährliche Beihilfe von 1000 Mk.

In den meisten anderen Städten des Königreichs Sachsen sind Samaritervereine vorhanden, welche in Gemeinschaft mit den Aerzten das Rettungswesen unter ärztlicher Leitung besorgen und jede Kurpfuscherei streng ausschliessen.

#### p) Lübeck.

Rettungswachen sind hier nicht vorhanden. In den drei Krankenhäusern der Stadt kann schnell chirurgische Hülfe geleistet werden. Polizeiwachen haben ausser Räderbahnen Verbandkästen. An 42 Stellen sind an den Wasserläufen Rettungsgeräthe angebracht: 33 Rettungsbojen, 48 Rettungshaken und 24 Eisleitern.

#### q) München.

Am 13. Juni 1894 wurde in München die Münchener freiwillige Rettungsgesellschaft begründet, welche sich die Aufgabe stellt:

§ 1. „a) dem Kranken- und Verwundetentransport zu einer angemessenen Verpflegung zu verhelfen;

b) **rasche** erste Hülfe bei allen Unglücksfällen und plötzlichen Erkrankungen sichern.

§ 2. Diesem Zweck sollen nach Maassgabe der vorhandenen Mittel dienen:

- a) **möglichste** Verbreitung der Kenntniss erster Hülfe;
- b) **Beschaffung** von angemessenen Krankentransportmitteln (leicht desinficiren, **womöglich** bespannten Wagen u. s. w.);
- c) **Unterstützung** der Ambulanzen in Bedarfsfällen;
- d) **Einrichtung** zur Sicherung rascher ärztlicher Hülfe bei Unfällen oder plötzlichen, schweren Erkrankungen auf öffentlichen Plätzen und in Privatwohnungen, **n** ein Haus- oder Kassenarzt nicht zur Stelle ist.

§ 3. Die Leistungen der Münchener Freiwilligen Rettungsgesellschaft geschehen die Hülfesuchenden ohne Beanspruchung von Entschädigung.

Auf der Wache, welche am 16. December 1894 eröffnet wurde, **1** Dienst von der Sanitätsmannschaft gethan. Für den Dienst **serhalb** der Station wurden zuerst und an bestimmten Tagen **ab-** **hselnd** die Volontärärzte der Krankenhäuser l. und r. d. I. verpflichtet, **che** im Krankenhause zum Dienste auf der Station anwesend sein **ssen**, um auf Anruf der Sanitätsstation vom Krankenhause aus zur **lfe** an die Unfallstelle zu eilen.

Seit dem Frühjahr 1901 ist ein ständiger Arzt als Leiter der Sta- **n** angestellt, der in nächster Nähe derselben wohnen, die Mannschaften **glich** controliren, bei schweren und Massenunfällen selbst mit thätig **in** muss.

Um in jeder Beziehung gemeinschaftlich mit der Gesamtheit der **erzte** zu handeln, wurden die Satzungen der Gesellschaft mit dem ärzt- **chen** Verein und ärztlichen Bezirksverein durchberathen und folgende **beschlüsse** angenommen:

1. Die von der freiwilligen Rettungsgesellschaft beabsichtigte Leistung ärzt- **licher** Hülfe bei allen Unglücksfällen und plötzlichen Erkrankungen kann und soll **nur** eine „Nothhülfe“ sein.

Darnach muss **Vorsorge** getroffen werden, dass die Hülfeleistung bei plötzlichen **Erkrankungen** nach Möglichkeit auf wirkliche Nothfälle beschränkt wird, und dass **die** weitere Behandlung der plötzlich erkrankten Personen den Hausärzten gesichert **bleibt**.

2. Als regelmässige Einrichtung zur Beschaffung der ärztlichen Hülfe in solchen **Nothfällen** -- insbesondere bei plötzlichen schweren Erkrankungen in Privatwohnun- **gen** -- empfiehlt es sich, zunächst mit den Universitätspolikliniken, den städtischen **Krankenhäusern**, dem Militärlazareth, dem Sanatorium vom Rothen Kreuze und ähn- **chen** Anstalten, in welchen Tag und Nacht ein Arzt zur Stelle ist, zweckent- **prechende** Vereinbarungen herbeizuführen.

3. Sollte es sich späterhin als nothwendig erweisen, von Seiten der Rettungs- **gesellschaft** praktische Aerzte für einen ärztlichen Jourdienst anzustellen, so erachten **s** die beiden Vereine als wünschenswerth, bei dem Abschlusse von Verträgen mit **iesen** Aerzten in der Weise mitzuwirken, dass sie die Vertragsentwürfe prüfen und **gutachten**.

Für die Ausführung der bestellten Krankentransporte wurde seitens **der** Gesellschaft vom 1. Januar 1896 an eine Vergütung von gewi

3 Mk. angesetzt. Etwas vorher fand eine Generalversammlung statt, welcher folgende Vereinbarung mit der freiwilligen Sanitäts-Hauptkommission angenommen wurde, welche mit dem 1. Januar 1896 in Kraft trat.

1. Es wird für beide Corporationen die Stadt in zwei Territorien abgetheilt, für welche als Grenzlinie der Strassenzug von der Landsbergerstrasse, Bayerstrasse, Karlsplatz, Karlsthor, Neuhauser-, Kaufstrasse, Marienplatz, Rathhausthor, Thal, Isarthorplatz, Zweibrücken Rosenheimerstrasse gilt.

Die freiwillige Rettungsgesellschaft hat die südlichen Stadttheile, die freiwillige Sanitätscolonne die nördlichen Stadttheile zu versorgen.

Der Strassenzug selbst wird nochmals durch den Rathhausbogen abgetheilt und gehören Landsbergerstrasse bis inclusive Marienplatz dem Süden, also zur Rettungsgesellschaft, Rathhausbogen bis inclusive Rosenheimerstrasse gehören dem Norden, also zur Sanitätscolonne.

Der Rayon des Centralbahnhofes, der Bahnhofplatz, sowie die nördliche Seite des Karlsplatzes (Seite des Justizpalastes) gehören dem Bezirke der Sanitätscolonne.

2. Unter diese territoriale Eintheilung fallen:

- a) alle Unglücksfälle,
- b) plötzliche Erkrankungen

in den Strassen und Plätzen der Stadt, öffentlichen Localen und in Privathäusern.

Solche Erkrankungen sind z. B. Ohnmachten, Schlaganfälle, Epilepsien, Vergiftungen, Krämpfe, geklemmte Brüche, plötzliche Gefäßerkranzungen, Epilepsie etc. etc.

3. Transporte von kranken Personen, welche aber nicht plötzlich erkrankt sind (angemeldete Krankentransporte), von den Wohnungen zu den Krankenhäusern und Kliniken der Stadt und umgekehrt oder von Wohnung zu Wohnung (z. B. bei Umzügen) oder von und zu den öffentlichen Localen können von jener Corporation bethätigt werden, welche geographisch ist und unterliegen diese einfachen Krankentransporte nicht der No. 1 getroffenen territorialen Eintheilung.

4. Die Sanitätswachen sind verpflichtet, diese Bestimmungen genau zu befolgen und Meldungen, welche an die nicht zuständige Sanitätswache gelangen sollten, unverzüglich telephonisch an die zuständige Sanitätswache weiter zu geben.

5. Bei Unglücksfällen und Katastrophen, bei denen es sich um Verunglückung mehrerer Personen handelt, sind die beiden Sanitätswachen verpflichtet, sich unverzüglich gegenseitig zu verständigen und rufen in solchen Fällen beide Wachen ab. Solche Unfälle sind z. B. Haussturz, Gerüsteinsturz, Paniken, Explosionen etc. etc.

6. Ist eine Sanitätswache schon in Anspruch genommen und dieselbe zu einem weiteren dringenden Fall gerufen, ohne diesem sofort Folge leisten zu können, so soll die andere Sanitätswache zur Aushilfe angegangen werden.

7. Der Rettungsdienst bleibt unentgeltlich, ebenso der Krankentransport.

Transportdienst für die zahlenden Mitglieder der beiden Gesellschaften und für Unbemittelte. Zahlungsfähigen Kranken, welche nicht Mitglieder einer der beiden Gesellschaften sind, wird für einfache Krankentransporte eine Taxe von 3 Mk. in Anrechnung gebracht.

8. Das Abstellen von Sanitätsmannschaften der Colonne bei festlichen Gelegenheiten, wie Octoberfest, Umzügen, Rennen, Pferdemarkten, etc., welches stets auf Anordnung der kgl. Polizeidirection oder Stadtmagistrats erfolgt, erleidet durch diese Vereinbarungen keine Störung und werden bei solchen Anlässen sich ergebende Transporte der anwesenden Sanitätsmannschaft der Colonne ausgeführt.<sup>4</sup>

Im Februar 1894 hatte die freiwillige Sanitätshauptcolonne München die Errichtung von Unfalldepots in einzelnen Stadtbezirken beschlossen, welche Transport- und Verbandmaterial zur allgemeinen Benutzung in Bedarfsfällen enthielten und Schilder zur Kenntlichmachung setzten. Im März wurde ein bespannter Wagen beschafft, und am 25. September 1894 eine eigene ständige Sanitätswache in der Marstallstrasse errichtet. Schon nach einem Jahre besorgte die Colonne eigene Pferde und bezog am 15. Juni 1898 neue Räume in der Hildegardstrasse. Diese sind mit grosser Pracht eingerichtet, mit Stallungen für Pferde und Remisen für die Krankenwagen versehen. Sehr genau ist die Instruktion für den Wachtdienst und für die Ausführung der Krankentransporte abgefasst, über welche im Aufsätze über Krankentransport abzulesen ist.

Der Dienst auf der Wache wird nicht von Aerzten versehen, „doch wird Vorsorge getroffen, dass in dringenden Fällen ärztliche Hülfe rasch herbeigeholt werden kann und steht die Sanitätswache, wie schon früher erwähnt, unter ärztlicher Leitung und Controlle“.

In den 16 Unfalldepots sind ausser Transportmitteln Verbandkästen, Kollendecken, Tragsitze, in den Hilfsdepots ausser Krankentragen eine Verbandtasche vorgesehen. Eine grosse Zahl von Unfallmeldestellen ist in der Stadt vorhanden und äusserlich durch Schilder kenntlich gemacht.

Neben dem Transportmaterial besitzt die Colonne 4 grosse und 22 kleinere Verbandkästen und 20 Verbandtaschen.

Die Thätigkeit der beiden Gesellschaften war folgende:

Wache der Rettungsgesellschaft.		Wache der Sanitätscolonne.	
1894	Fälle	1895	Fälle
1895	1798	2276	„
1896	2451	2316	„
1897	2993	2984	„
1898	3205	3383	„
1899	3711	3831	„
1900	5581	4151	„

Bei der Sanitätscolonne kommt zu diesen noch eine erhebliche Zahl von Inanspruchnahmen der Unfalldepots u. s. w.

In ihrem Stadttheil hat auch die Rettungsgesellschaft Unf

stellen eingerichtet. Im Ganzen ist ein einheitliches Zusammen- oder vielmehr Nebeneinanderwirken beider Gesellschaften hergestellt worden.

Die freiwillige Sanitätscolonne erhält vom Stadtmagistrat eine jährliche Unterstützung von 3000 Mk. Der freiwilligen Rettungsgesellschaft wird seit dem Jahre 1901 unentgeltliche Abstellung von 2 Pferden aus dem städtischen Marstall und billige Abmiethung von Oertlichkeiten für die Fahrzeuge, Sanitätsstation und Stallung für die eigenen Pferde gewährt.

#### r) Nürnberg.

Der Rettungsdienst ruht auch hier seit December 1895 in den Händen der freiwilligen Sanitätshauptcolonne, welche eine Rettungswache errichtet hat, in welcher der Dienst von den Mitgliedern der Colonne versehen wird, während Aerzte die Beaufsichtigung ausüben.

„Die freiwillige Sanitäts-Haupt-Colonne Nürnberg, welche im Verbands des bayerischen Landeshülfvereins vom Rothen Kreuze steht, hat zunächst die Aufgabe, ihre Mannschaften zur Unterstützung des Militärsanitätsdienstes im Felde zu schulen und vorzubereiten, sodann auch die erste Hülfe bei Unglücksfällen und Nothständen zu leisten. Für letztere Aufgabe ist die ständige Sanitätswache errichtet, welche die erste Hülfe leistet bei Unfällen, Erkrankungen und Katastrophen jeglicher Art. Die Colonne übernimmt ferner Krankentransporte innerhalb der Stadt wie nach auswärts. Sie verfügt über ein gründlich ausgebildetes, ärztlich geschultes, ständiges und freiwilliges Personal.

In Bedarfsfällen wird auch die erste ärztliche Hülfe vermittelt. Der Rettungsdienst ist unentgeltlich, ebenso Krankentransporte für Unbemittelte.“

Die Wache selbst ist mit allen erforderlichen Gegenständen ausgerüstet, der Fuhrpark ist im vorigen Artikel ausführlich beschrieben worden. Im Jahre 1900 wurde die Wache von 2739 Hülfesuchenden in Anspruch genommen. In den früheren Jahren betrugen die Zahlen:

1895	1896	1897	1898	1899
54	1488	1918	2367	2955 Fälle.

#### s) Stettin.

Am 1. Juli 1895 erfolgte die Einstellung eines Krankenwagens und die Anlage einer Sanitätswache mit erforderlichem Material in der Hauptwache der Berufsfeuerwehr. Bis zum 31. März 1896 wurde von den ausgebildeten Mannschaften der Feuerwehr in 639 Fällen erste Hülfe geleistet bezw. Krankentransporte ausgeführt. Die Thätigkeit der Feuerwehr für Rettungszwecke steigerte sich bedeutend und betrug in den nächsten Jahren 1195, 1368, 1479, 1847, 1995 Fälle. Bei einzelnen Gelegenheiten rückte ein Arzt mit zur Unfallstelle aus.

Eine Umwandlung des gesamten Rettungswesens datirt in Stettin seit der Begründung der Stettiner Rettungsgesellschaft. Der „Bericht über die Verwaltung der Feuerwehr und der Strassenreinigung“ für 1899/1900 giebt hierüber folgende Darstellung: „Eine von Berlin ausgehende lebhaft Agitation für die Einrichtung von Unfallstationen“

in der hiesigen Aerzteschaft die Besorgniss, es könnten sich hier in Berlin eingetretenen unliebsamen Vorgänge wiederholen, die den Rath von Bergmann veranlassten, die Berliner Rettungsgesellschaft zu begründen.“ Am 15. October wurde im Gebäude der Hauptkirche ein ärztlicher Dujourdienst eingerichtet, für welchen eine „Dienstsanweisung für die wachhabenden Aerzte auf den Sanitäten“ besteht, welche vollkommen der Dienstinstruction des Aerztevereins der Berliner Rettungsgesellschaft gleicht. Die Leitung der Rettungsgesellschaft untersteht einem Ausschuss, während der Verein der Aerzte die Versorgung des ärztlichen Wachtdienstes übernommen hat. Als Obmänner haben die technische Beaufsichtigung des gewöhnlichen Wachtdienstes zu führen. Etwa 40 Aerzte betheiligen sich am Wachtdienst, welcher am Tage in der Regel zweistündlich wechselt. In der Zeit von 3—5 Nachmittags ist stündlicher Arztwechsel. In der Nachtzeit wird der Arzt nicht abgelöst. Im ersten Jahre sind 1713 Fälle behandelt, dabei 270 innere und 20 geburtshilfliche Patienten wurde in ihren Wohnungen erste Hülfe geleistet. Jeder, welcher sich am Wachtdienst betheiligen will, wird aufgenommen. Die Sanitätswache ist ein Nachweis für Krankenpflegepersonal vorhanden.

#### t) Stuttgart.

Die Polizeimannschaften erhalten Instruction in der ersten Hülfe. Auf jeder Polizeistation ist ein Verbandkasten vorhanden, sodass mit Taschenbesteck ausgerüstete Arzt ihn benützen kann. Der Schwarm der Feuerwehr fährt mit der Schnelligkeit der Feuerwehr zum Unfallsort. Die günstige Lage der Krankenhäuser in der Stadt erfordert keine Einrichtung weiterer Stationen für erste Hülfe. Bei grösseren Festen, wie Schützen-, Volksfesten tritt die freiwillige Sanitätswache vom Rothen Kreuz in Thätigkeit.

Ausserdem bestehen noch in verschiedenen Städten des Deutschen Reichs Einrichtungen, welche, wie die geschilderten, von verschiedenen Vereinen und Behörden begründet sind. Ich habe dieselben in tabellarischer Form bereits im Auftrage des Vorstandes des Deutschen Krankentransportbundes 1897 bezw. 1900 zusammengestellt.

### 2. Ausserdeutsche Europäische Staaten.

Es sollen von diesen nur diejenigen erwähnt werden, in welchen hervorragende Einrichtungen für das Rettungswesen finden, da die Verhältnisse in den anderen Ländern zum Theil aus der Schilderung des Krankentransportwesens zu ersehen sind.

#### a) Belgien.

Das Rothe Kreuz hat in Friedenszeiten die Aufgabe, für den Notfall ärztliches und Pflegepersonal heranzubilden, sowie Material zu halten und bei grossen Katastrophen helfend einzugreifen.



Die Société Royale des Sauveteurs de Belgique bezweckt das Rettungswesen in Belgien im weitesten Sinne zu organisiren und besonders alle gefährdeten Punkte des Landes, nämlich Küsten, Flüsse, Kanäle und Wasserläufe, mit Schiffen, Maschinen und Geräthen zum Schutze des menschlichen Lebens zu versorgen, Erfinder solcher anzuspornen überall Abtheilungen von Rettungs- und Feuerwehrmannschaften ins Leben zu rufen, Hülfsposten und Verbandstationen aller Art zu errichten, die Behörden Verhütungsmaassregeln gegen Unfälle anzugeben, HülfsGesellschaften auf Gegenseitigkeit zu begründen und Unfallverletzten und ihren Familien beizustehen. In einem besonderen Büchlein hat die Gesellschaft Maassregeln für Laien zur Hülfe bei Unfällen vor Ankunft des Arztes zusammengestellt und auch recht brauchbare Verbandkästen herausgegeben.

In Brüssel sind 11 Hülfsstationen zum Theil in den Polizeiamt und in einzelnen öffentlichen Gebäuden eingerichtet, von welchen zwei der Nähe des Wassers liegen, um in Ertrinkungsfällen Hülfe bereitstellen. Sie enthalten ein vollständiges Bett, welches gleichzeitig Tragbahre dienen kann, eine Räder- und eine Tragbahre, einen Verbandkasten. Die beamteten und Stadtärzte werden zur Hülfsleistung herbeigerufen. Bis zu deren Ankunft versorgen die ausgebildeten Polizisten die Verunglückten.

In Antwerpen besteht eine „Dispensaire des établissements militaires du Nord“, in welcher ärztlicher Dienst zu bestimmten Zeiten stattfindet. In dringenden Fällen wird zu anderen Zeiten ein Arzt gerufen. Die diensthabenden Aerzte werden von der Stadt gewährt. Die Patienten erhalten unentgeltlich die erste Versorgung, indem sie ihre Wohnung oder Krankenhaus transportfähig gemacht werden. In kann ausnahmsweise ein Patient auch in den Räumen der Anstalt unter Aufsicht eines Wärters bleiben.

Auf den Eisenbahnen sind in Belgien ausgezeichnete Maassregeln für Unglücksfälle vorgesehen.

#### b) Bulgarien.

Bei plötzlichen Erkrankungen und Unglücksfällen auf der Strasse haben die Sicherheitsbeamten sofort die städtischen Aerzte zu benachrichtigen oder, falls diese nicht erreichbar, jeden anderen Arzt, welcher verpflichtet ist, sich an die Unfallstelle zu begeben und Nothhülfe leisten (Artikel 86, 87, 88 des Sanitätsgesetzes). In Dörfern haben Maires bei Mangel von Polizisten einen Arzt oder Bader (Feldscher) herbeizurufen. In den Städten und im Innern des Landes wird die Hülfe entweder von Aerzten oder Badern geleistet, welche von den betreffenden Behörden gerufen werden. Die Eisenbahnen haben ihre besonderen Aerzte oder Bader, welche diesen Dienst zu versehen haben. In ihrer Behinderung haben die Staats- oder städtischen Aerzte Hülfe zu leisten oder, falls diese nicht erreichbar, andere Aerzte auf Erfordern der zuständigen Behörde. In gleicher Weise werden bei Unfällen in Bergwerk

ehen wurden.

d) Frankreich.

In Bordeaux wurde die erste Wache der „Société des Ambulances aines“ am 15. November 1890 eröffnet. Die Gesellschaft bezweckt:

„1. Unentgeltlich so schnell als möglich Personen, welche auf der Strasse oder abriken etc. verunglücken, ferner ertinken oder ersticken oder auf der Strasse dlich erkranken, die erste Hülfe zu leisten.

Für diesen Zweck werden Rettungswachen mit ausgebildetem Personal für Tag-Nachtdienst und mit allem erforderlichen Material und Medicamenten an ver- denen Stellen von Bordeaux errichtet.

2. Unentgeltlich nach der Wohnung oder nach dem Krankenhaus Verletzte und ke, welche erste Versorgung in den Rettungswachen erhalten haben und nicht n können, zu befördern.

3. Soviel als möglich unter Laien zweckentsprechende Kenntnisse in der ersten e für Verunglückte und plötzlich Erkrankte zu verbreiten.

Zur Erreichung dieses Zweckes richtet die Gesellschaft in jedem Jahr eine be- mte Zahl von Cursen mit practischen Uebungen ein.

4. In den von Hospitälern am entferntesten gelegenen Rettungswachen Dispen- en zur unentgeltlichen Behandlung unbemittelter Kranker zu schaffen“.

„Im Falle eines Krieges, bei Epidemien, bedeutenden Feuerbrünsten oder öffent- en Nothständen stellt sich die Gesellschaft zur Verfügung der betreffenden Be- len.“

In den Rettungswachen wurden bis Ende des Jahres 1897 34408 Ver- te versorgt, in der „Dispensaire Bacalan“ 21 548 Arme unentgeltlich andelt, im Ganzen also 55956 Personen oder jährlich durchschnittlich 40 Patienten.

Die zweite Wache wurde am 15. October 1891, und bald darauf

stunden für kranke Kinder, Augenkranke durch eigene Specialisten gehalten.

Auf die einzelnen Jahre vertheilen sich die behandelten wie folgt: Es wurden

behandelt arme Kranke in der Dispensaire Bacalan:			auf den Rettungs- wachen etc. versorgt:	
1891	585	Hülfesuchende	1286	Hülfesuchende
1892	1361	"	3615	"
1893	3161	"	4395	"
1894	4765	"	4971	"
1895	5047	"	6858	"
1896	3515	"	6863	"
1897	3114	"	6420	"

Die Entwicklung der Stations d'ambulance in Paris ist zum im Aufsatz Krankentransport geschildert. Nach der 1772 erfolgte richtung der Rettungsstationen in Paris durch Pia wurden diese über ganz Frankreich verbreitet, sodass 1782 bereits 223 Rett kisten vertheilt, und 1790 130 Ortschaften mit diesen versehen w 1806 zur Zeit der Einsetzung des Conseil d'hygiène et de salubri département de la Seine wurde die Einrichtung der Stationen ger und die Dienstanweisungen 1808, 1815, 1835, 1842, 1850, 1872. erneuert. Die erste Hülfe für Verunglückte wurde 1850 organisirt.

Voisin schlug bereits 1864 vor, an geeigneten Stellen Rett wachen mit geschulten Wärtern und Material auszurüsten, die bis Ankunft des Arztes Hülfe leisten sollten. Die Aerzte sollten nach Liste telegraphisch herbeigerufen werden. Dieser Vorschlag wurde erneuert.

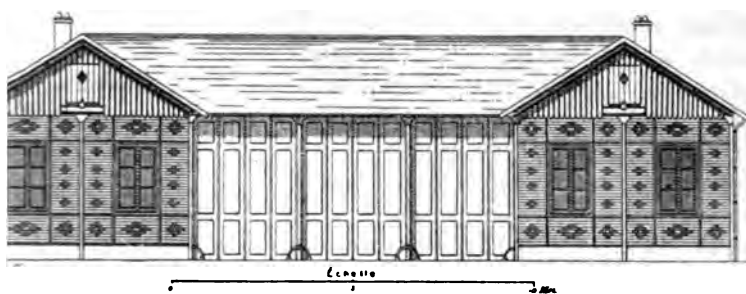
Bemerkenswerth ist, dass Terrier vor vielen Jahren in einer öffnungsvorlesung auf die Nothwendigkeit der Errichtung von Rett wachen in den Krankenhäusern hinwies. Die hierfür von ihm angefül Gründe entsprechen vollkommen den heute gültigen.

Nebstehend (S. 709) die Abbildung der Station d'Ambula urbaines im Hôpital St. Louis.

Diese wurde 1869 begründet und 1887 neu hergestellt. Die Einrichtung war sehr primitiv. Das Gebäude besteht jetzt aus 1 und Eisen und hat in der Mitte eine Remise für 3 Krankenwagen, deren jeder Seite ein Stall für je 2 Pferde sich befindet. An 1 Seite liegt das Fernsprechzimmer und der Wachtsaal für die 1 habenden Mediciner, auf der anderen befindet sich der Wachtsaal Kutscher und ihre Küche. Ganz ähnlich ist der betreffende Theil Station mixte, Rue Coulaingcourt, deren Abbildung sich auf Seite 1 findet. Das Bureau ist mit einer Zahl von Meldestellen in der 1 verbunden, auch die Apotheken sind in den Rettungsdienst hineinbez 1 Ihr Nachtdienst wurde 1897 in 11 837 Fällen benutzt. Ausser di beiden Stationen ist eine Station d'ambulances urbaines am Markt Honoré. Diese besitzt 2 Wagen und 3 Pferde. Für den Wachtd

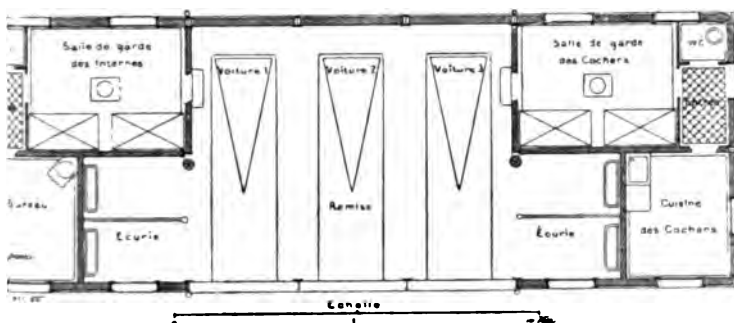
ets 2 Aerzte anwesend. Im Ganzen sind in den Stations urbaines Aerzte vorhanden, die je 12stündigen Dienst, dann 24 Stunden haben. Die städtischen Ambulancen hatten 1897 22 132 Fälle. Die Ordnung der Verletzten findet stets unter Begleitung eines Wachtmeisters statt, welcher im Hospital, wenn der Transport nach dort statthat, den unglücklichen mit der Diagnose dem diensthabenden Hospitalarzt vorlegt. Die diensthabenden Aerzte sind von der Stadt fest angestellt.

Abbildung 10.



Station d'Ambulances urbaines im Hôpital St. Louis.  
Ganzansicht.

Abbildung 11.



Station d'Ambulances urbaines im Hôpital St. Louis.  
Grundriss.

den genau abgefasste Instructionen. Die Patienten sind stets in das Hospital zu bringen. Die Zahl der in der Station St. Louis behandelten Fälle betrug in den einzelnen Jahren

Jahr	1889	1890	1891	1892	1893	1894	1895	1896
Fälle	188	2112	2089	1896	2144	2076	2115	2238

Die Kutscher in den Stations urbaines haben andere Anzüge wie die in den Stations municipales. In der Station Coulaincourt sind die Wagenremisen wie bei der Feuerwehr in einzelnen Städten

eingerrichtet: sie können durch Zug an einem Griffe alle auf einmal öffnet werden, so dass die Wagen schnell herausfahren können.

Eine vierte Station soll demnächst errichtet werden.

Die Zahl der Unfälle war in den einzelnen Jahren nach der Zusammenstellung der Polizeipräfector eine bedeutend höhere und betrug allein im Jahre 1895 5309. Grunberg giebt die Zahl von Kranken oder Verletzten, welche man im Jahre mit zwei Wachhabenden, zwei Kutschern, zwei Wagen und zwei Pferden versorgen und befördern kann auf 2000 an. Bemerkenswerth ist, dass eine so bedeutende Stadt wie Paris mit vier Rettungsstationen ausreichend versorgt werden kann. Allerdings bestehen noch auf den Polizeiwachen kleinere Hilfsstationen, welche sämmtlich mit Verbandkästen, sowie Tragbahnen ausgestattet sind. Die Centralpolizeiamter haben Räderbahnen.

Die seit dem 18. Jahrhundert längs der Seine vorhandenen Rettungsstationen, 16 „Pavillons de secours pour noyés,“ sind mit je einem Polizeibeamten (Gardien de la paix) besetzt. Sie enthalten ausser kupfernen Wärmebank, welche durch heisses Wasser erwärmt wird, Bettstelle, Sauerstoff, sonstige Geräthschaften in einem Schrank, Rettungsring, Tragbahre. Das Wasser für die Wärmebank kann durch Gasheiss in sehr kurzer Zeit erhitzt werden. Durch die Heizungsanlage des Gebäudes können gleichzeitig die Kleider der Ertrunkenen getrocknet werden.

Ein besonderer Telegraph verbindet jede Wache mit der betreffenden Polizeiwache, so dass sogleich ein Arzt, der sich zur Hilfsbereitschaft erklärt und eingetragen ist, herbeigerufen werden kann. Ausser bei Ertrunkenen wird Hülfe für Erstickte, Erfrorene, vom Blitz Getroffene geleistet. Bis 1895 traten die Anstalten 5787 mal in Thätigkeit, 1895 429 Fällen.

Die gesammten polizeilichen Rettungsstationen leisteten 1895 2301 Fällen Hülfe.

Während der Weltausstellung waren 4 Postes médicaux auf dem Ausstellungsgelände errichtet. Sie enthielten einen Operationssaal, Raum für Verbandstoffe und eine sehr reichhaltige Ausrüstung. Der Ausstellungswegen hatte man auch Amputationsmesser unter die chirurgischen Werkzeuge aufgenommen, eine für die erste Hülfe etwas weitgehende Sorge. Monatlich wurden auf jeder Station etwa 200 Fälle behandelt, hauptsächlich Personen, die von der Einwirkung der ungeheuren Hitze gelitten. Jede Wache hatte einen Stadtfernsprechapparat und einen directen Anschluss zur Centralverwaltung, Stallung für Pferde, Wagenremise.

Einen besonderen Rettungsdienst hat Ramonat in den Bois de Boulogne eingerichtet. Es sind zahlreiche Postes de secours meist in besonderen Räumen der Restaurants vorhanden, welche jetzt nur Cession erhalten, wenn sie die Aufnahme der Rettungswache gestatten. Sie sind äusserlich durch ein Schild mit Genfer Kreuz kenntlich gemacht. Jede Wache enthält einen Verbandkasten, welcher ähnlich den Leierkästen auf einem vierrädrigen kleinen Wagen steht. So kann der Verbandkasten an jede beliebige Stelle des Parks geführt werden.

Vorderwand des Kastens ist zum Herunterklappen eingerichtet und mit Glasplatte belegt gleichzeitig als Tisch, welcher auf einem sonst im Wagen eingeschoben Rahmen aufgelegt werden kann. An der Seite des Wagens ist ein Wasserkasten, welcher von aussen zu erreichen ist, so dass sich der Helfer, bevor er den Verunglückten an die Hände waschen kann. Die Trage ist das Französische Heeresmodell zum Zusammenrollen. Die beständig im Park patrouillirenden Retter haben grosse Taschen, in welchen auch Verbandgeräte untergebracht sind. Sie sind in der ersten Hülfe ausgebildet und haben in Hauptniederlage Vorräthe von Verbandkästen und allem sonstigen nöthigen Material.

Noch ist der 1876 durch Passant eingerichtete ärztliche Nachtdienst zu erwähnen. Es hatte sich zu diesem Behufe eine grössere Zahl Aerzten zur Verfügung gestellt, welche während der Nacht einem anrufenden Rufe sofort Folge zu leisten sich verpflichteten. Auch Anzahl von Hebammen war verfügbar. Name und Wohnung der rufenden Aerzte und Hebammen wurde auf der Polizeiwache eingetragenen. Im Bedarfsfalle begiebt sich der Besteller zur Wache, wählt sich aus der Liste einen Arzt aus und wird vom Polizisten zur Wohnung begleitet. Der Polizist bringt den Arzt mit zur Wohnung des Kranken und übergibt ihm einen Gutschein für 10, bei Entbindungen von 20 Francs, welche von der Polizeicasse an den Arzt gezahlt werden, aus der die Kosten, falls dies möglich, vom Patienten einzieht. Eine solche Anordnung nachgeahmt: Lille, Lyon, Marseille, Alger, Saint-Etienne, St. Petersburg, Moskau, Odessa, Warschau, Triest, Mailand, Turin, Rom, London.

Die Inanspruchnahme des Dienstes zeigt sich aus folgenden Zahlen: Es waren in Paris eingeschrieben:

1882	658	Aerzte und	185	Hebammen,	Leistungen	6893
1883	687	"	"	239	"	6896
1884	739	"	"	308	"	8712
1885	608	"	"	356	"	7494
1886	572	"	"	374	"	7553
1887	531	"	"	398	"	7168
1888	506	"	"	428	"	7408
1889	519	"	"	474	"	8544
1890	520	"	"	505	"	9094
1891	425	"	"	439	"	

Die Anzahl der Aerzte hat also ab-, die der Hebammen zugenommen, vermehrt hat sich die Zahl der Leistungen erheblich, denn sie betrug 1876: 3616, 1877: 3312, 1878: 3571, 1879: 5292, 1880: 6346, 1881: 6522. Von 1882 ab siehe Tafel.

Da sich bei dieser Art der Einrichtung des Nachtdienstes manche Ungleichheiten herausstellten, indem einzelne Aerzte sehr häufig, andere nicht gerufen wurden, werden die betreffenden Aerzte jetzt der Reihe

nach bereits am Tage vom Polizeibureau benachrichtigt, dass sie in der folgenden Nacht Dienstbereitschaft haben. 1897 betrug die Inanspruchnahme 11 837 Fälle.

Mit diesem Nachtdienst beabsichtigte Graf Serrurier einen weiten zu vereinigen, um eine vollständige Organisation des Rettungsdienstes zu schaffen. Die Französische Gesellschaft „Société française de secours aux blessés“ sollte an allen öffentlichen Plätzen, in Theatern, Kirchen, Märkten, Apotheken, Gasthäusern Tragbahnen aufstellen, deren Stand zugleich mit dem Namen der hilfsbereiten Aerzte jeder Polizist in seinem Taschenbuch verzeichnet haben sollte. Der Tod des Grafen Serrurier vereitelte die Verwirklichung dieses Planes.

Ein noch zu erwähnender Vorschlag von Louis Gallet bestand darin, die Stadt Paris in verschiedene Abtheilungen, deren Grenzen nach der Entfernung der Krankenhäuser zu bestimmen sind, zu zerlegen. In solchen Bezirken, in denen keine öffentlichen Krankenhäuser vorhanden wären, je nach ihrer Ausdehnung kleinere Spitäler (Maisons de premier secours) mit einer Bettenzahl für 10, 20, 50 oder 100 Kranke zu richten, um von diesen aus bei Unglücksfällen Hilfe leisten zu können.

Zur Meldung von Unfällen sollen jetzt in Paris eigene Melder einer Privatgesellschaft aufgestellt werden, welche an ihrer Spitze eine Laterne enthalten. Der Schaft der Laterne ist durch einen Schlüssel zu öffnen, nachdem eine kleine Scheibe eingeschlagen ist. Mit der Oeffnung wird eine Glocke zum Tönen gebracht. Im Innern der Säule ist eine zusammengelegte Trage untergebracht, an der Innenwand der Thür ein Verbandkasten und über diesem der Fernsprecher zur Rettungswache zu sehen. Aehnliche Melder von der Gestalt der Anschlagssäulen, in welche man zur Meldung des Unfalles hineingehen muss, sind bereits an anderen Orten (S. 633) vorhanden.

In Nantes besorgt die Feuerwehr die erste Hilfe bei Unglücksfällen. 3 Feuerwehrmänner haben in der Hauptwache Dienst und einen gespannten Krankenwagen zum gleichzeitigen Transport von 3 Kranken, 2 Räderbahnen und die erforderlichen Verbandgegenstände zu ihrer Verfügung. Auf Anruf durch Fernsprecher begeben sich die Mannschaften an die gewünschte Stelle und bringen den Patienten nach der ersten Versorgung in seine Wohnung oder ins Krankenhaus. Die 5 Feuerwachen sind mit Tragbahnen und Medicamenten für erste Hilfe ausgerüstet. Die Polizeibeamten haben die Pflicht, sobald sie Kenntniss von einem Unglücksfall erlangt haben, zur Hilfe zu eilen. Ertrunkene werden in eigenem Beförderungsmittel nach dem Schauhause gebracht. Durchschnittlich leisten die Hilfsstationen jährlich in 400 Fällen Hilfe. Für die Leistung der ersten Hilfe seitens der Feuerwehrmänner sind besondere Anweisungen vorhanden.

Ausserdem beschäftigen sich zahlreiche Vereinigungen mit der ersten Hilfe Verunglückter. Für Paris selbst kommen in Frage die Société des sauveteurs du dernier Adieu, les Secouristes Français, la Société

liegende machen bei orientirten Festen und bei Epidemien herzustellen, 4. ein mobiles Corps von Krankenträgern für den Kriegsfall sicherzustellen; 5. die Gesundheitspflege für das gewöhnliche Leben, bei Verletzungen und Krankheiten zu geben.

Die Gesellschaft hat eine grosse Reihe von Hilfsstationen in ihrem Reichthum errichtet. Sobald der Vorsitzende Kunde von einem Unfall erachtet, benachrichtigt er die Aerzte der Gesellschaft, und sorgt, dass das nöthige Material, Wagen, Verbandmittel u. s. w., an die Stelle abgeholt wird. Hieraus ergiebt sich, dass die Gesellschaft mit der Rettung Erkrankter, welche überhaupt bei den meisten derartigen Vereinigungen vernachlässigt wird, im Vordergrund des Interesses steht. Die Société des Hospitaliers Bretons in Rennes, welche 1873 gegründet wurde, hat in ihren Statuten ausdrücklich als Zweck neben dem anderen Rettungszweck die Errichtung und Unterhaltung von Hilfs- und Rettungsanstalten an der Meeresküste und im Landesinnern, am Ufer von Flüssen, auf Inseln, in Canälen etc. vorgesehen.

Auf den Eisenbahnen sind in Frankreich vortreffliche Einrichtungen für die erste Hülfe bei Verunglückungen vorbereitet. Die Chemins de Paris à Lyon et à la Méditerranée haben sehr sorgfältig ausgeführte Dienstanweisungen für ihre Angestellten für solche Fälle erlassen. Diese beginnt mit den Worten: „Appeler immédiatement le Médecin“. Auf den Stationen sind Aerzte eingestellt, während Verbandkästen in jedem Zuge, welcher Reisende befördert, mitgeführt werden. Rettungsmittel enthalten alles für den ersten Verband Erforderliche, Krankenbetten sind auf den bedeutenderen Stationen eingestellt. Die Verbandmittel auf den Stationen sind mit Blechüberzug, die in den Zügen mitgeführt werden, versehen. Auf jedem Kasten findet sich die Aufschrift: „Kein Feuer, kein Wasser, kein Packungsmittel darf wieder benutzt werden“.



## f) Grossbritannien.

Wie bereits erwähnt, hat seit 1877 besonders die St. John's Ambulance Association in London und ganz England und den Colonien die erste Hülfe organisirt. In London wirkt ausserdem die Hospital's Association Ambulance und das Volunteer Medical Staff Corps. Die gesammten Einrichtungen und Thätigkeit dieser Körperschaften habe ich ausführlich in meiner oben erwähnten Arbeit mit Abbildungen geschildert und verweise hier auf diese.

Die St. John's Ambulance Association hat nur drei Stationen in London. Es ist erstaunlich, dass die Riesenstadt mit ihrem Verkehr und industriellen Betrieben mit so geringen Vorkehrungen für das Rettungswesen auskommt. Es hat dies allerdings zwei Gründe. Der von der Gesellschaft ausgeübte Samariterdienst ist centralisirt und steht unter streng ärztlicher Aufsicht. Ferner sind die meisten der zahlreichen Hospitäler jederzeit zur Versorgung von Verunglückten geöffnet.

Die Gesellschaft ertheilt Unterricht an die Beamten der Polizei, Feuerwehr, Eisenbahn, an Arbeiter in Fabriken etc. Wie nothwendig dies besonders für Beamte der Eisenbahn ist, ergibt sich daraus, dass im Jahre 1899 auf den Englischen Bahnen 1234 Personen getödtet und 19 155 verletzt wurden.

Die Hauptstation in London besorgte im Jahre 1900 933 Krankentransporte. Die Wache in St. Paul's Cathedral hatte 302 Fälle, 2898 seit ihrem Bestehen, und die Wache in St. Clements' Danes 269 und 749 seit ihrer Eröffnung.

Seit Begründung der Gesellschaft wurden im Ganzen 502 600 Diplome an Theilnehmer des Unterrichtes in erster Hülfe ausgestellt.

Gewaltig war der Verkauf von Material seitens der Centralstation, welcher nach allen Gegenden der Welt stattfindet. Es waren im letzten Jahre 8 Krankewagen, 50 Räderbahnen, 641 andere Tragen u. s. w.

Im Jahre 1891 wurde die Life Saving Society in London begründet, mit dem Zwecke: technische Vorbildung in der Lebensrettung und Wiederbelebung Scheintodter zu verbreiten, die öffentliche Meinung zu Gunsten der allgemeinen Aufnahme von Uebungen im Schwimmen und Lebensrettung als Unterrichtsgegenstand in Schulen, Universitäten etc. anzuregen, zum Schwimmen, Tauchen, Wasserspringen und ähnlichen Schwimmkünsten, welche für Rettungsversuche geeignet sind, anzuspornen, öffentliche Vorlesungen, Vorführungen und Wettbewerbe einzurichten und Lehrklassen zu bilden, um die Kenntniss der Schwimmkunst zu verbreiten. Auch diese Gesellschaft verleiht wie die anderen Abzeichen und Preise für gelungene Lebensrettungen, und besonders auch noch Preise für vorzügliche Leistungen im Schwimmen. Sie besitzt in verschiedenen Theilen des vereinigten Königreichs Zweigvereine.

In Liverpool bestehen in sechs Polizeistationen Rettungswachen, welche mit Pferden bespannte Wagen haben. Die Zahl der Ausfahrten dieser betrug 2056, von den Polizeimannschaften wurde in 671 Fällen

infortuni del lavoro“ hat in Mailand und Umgebung einen Rettungsdienst für Verunglückte organisirt. Im Jahre 1897 errichtete diese Gesellschaft eine medicinische Anstalt mit einem ständigen ärztlichen Rettungsdienst mit einander abwechselnden Aerzten. Diese leisten in der Rettungswache und der Wohnung des Kranken Hülfe. Die Leitung steht einem Arzte. Für Kranke, welche sich auf der Station erholen, ist Raum vorgesehen, ferner sind Krankenbeförderungsmittel gestellt. Mindestens sieben Aerzte, einschliesslich des Leiters, leisten am Tage zweistündlichen Dujourdienst, Nachts in jeder Nacht je ein Arzt, ferner zwei Heilgehülfen. Es müssen zum mindesten fünf Ausrüstlichkeiten für den Dienst vorhanden sein. Im September 1899 wurde eine weitere Wache eingerichtet, und wurden dann besondere Vorkehrungen für den Rettungsdienst in der Umgebung Mailands getroffen. Die „Infermeria d'urgenza e locale d'ambulanza“ sind ganz vortrefflich ausgestattet, besonders auch mit Einrichtungen für die Behandlung der Verletzten, welche durch das Gesetz vom 17. März 1898 in ähnlicher Weise wie in Deutschland geordnet ist.

Eine sehr ausgedehnte Thätigkeit entwickelt das Grüne Kreuz in Mailand und auch in anderen Städten Italiens. Zu seiner Thätigkeit gehören auch der Transport Erkrankter, die erste Hülfe bei Verunglückten, die Hülfe bei Epidemien und öffentlichen Nothständen. Nachtherbergen für Verwundete und ein Ambulatorium sind vorhanden.

Ferner besorgt auch die „Misericordia“-Gesellschaft der barmherzigen Schwestern, welche religiöse Zwecke verfolgt, einen Theil der Hülfe, indem sie bei Unglücksfällen die Kranken pflegen oder sie mit Tragbahnen zum Krankenhaus überführen.

b) Oesterreich-Ungarn

rathen sind; Sammlung und Bekanntmachung der erprobtesten und wirksamsten Mittel zur Rettung der in Lebensgefahr gekommenen Personen; Vorschläge zur Errichtung entsprechender Anstalten für die Zwecke des Vereins; Belohnung derjenigen Personen, welche in vorkommenden Fällen dem Vereine hilfreich beistehen. Auf die Verminderung der Gesundheitsschädlichkeit mancher Gewerbe und industriellen Unternehmungen, sowie auf Verminderung der Selbstmorde wird der Verein ebenfalls sein Augenmerk richten. Mit dem Einschreiten der behördlichen Personen und der ärztlichen Intervention, wo es sich um Rettung von Menschenleben handelt, hört die Wirksamkeit der Vereinsmitglieder auf.

§ 2. Mittel zur Erreichung der Vereinszwecke sind:

- a) periodische Versammlungen;
- b) Ertheilung von Unterricht über zweckmässige Hülfeleistung bei Rettung von Menschenleben;
- c) Errichtung von Rettungsanstalten und Rettungsplätzen in Wien und in den Vororten von Wien;
- d) Gründung von Filialen in Niederösterreich, welche jedoch mit dem in Wien verbleibenden Hauptvereine in beständiger Wechselwirkung verbleiben.

§ 18. Das Präsidium wird dem Retter oder den Rettern von Menschenleben, wenn diese keine Vereinsmitglieder sind, Belohnungen ertheilen, und zwar nach Maassgabe der Verdienstlichkeit und der etwaigen Gefahr, welcher sich die rettenden Personen exponirten. Diese Belohnungen sollen in silbernen und Bronzemedailen, in schriftlichen Anerkennungen oder in Remunerationen bestehen. Die Medaillen werden mit entsprechenden Emblemen und Inschriften ausgestattet und mit dem Namen des Retters versehen. Auch Vereinsmitglieder können mit Rücksicht auf die Verdienstlichkeit ihres Wirkens Belohnungen vom Verein erhalten, wenn sie solche ansprechen.

Der Verein hatte auch an den Flussläufen Rettungsboote und andere Geräthschaften zur Rettung Ertrunkener aufgestellt, stellte aber 1880 seine Thätigkeit wieder ein. Das Vereinsvermögen wurde behördlicherseits der Wiener freiwilligen Gesellschaft überwiesen.

Nach dem Sanitätsgesetz vom 30. April 1876 wird der öffentliche Rettungsdienst von den k. k. Sicherheitswachen und der freiwilligen Rettungsgesellschaft besorgt. Von den Polizeiwachen wird in zahlreichen Fällen Hülfe geleistet, und zwar

1881 in 2531 Fällen	1884 in 2618 Fällen
1882 „ 2345 „	1885 „ 2736 „
1883 „ 2917 „	1886 „ 3052 „
1887—1890 in 11 323 Fällen.	

Diese Rettungsanstalten sind mit Verbandkästen, Tragbahnen versehen.

Die Wiener freiwillige Rettungsgesellschaft wurde am 9. December 1881, einen Tag nach dem Ringtheaterbrande, vom Grafen Wilczek, Baron v. Mundy und Graf Lamezan begründet. Die Gesellschaft hatte bis zum 31. December 1901

Vorfällen bei Tag und Nacht . . . . .	107 583
Krankentransporte . . . . .	75 891
Rufe durch die Polizeibehörde . . . . .	38 309
Rufe durch andere Behörden . . . . .	8 351
Rufe durch Private . . . . .	53 339

von der Voraussetzung, dass in den Hauptwagen noch heute die ausgegebenen Satzungen in Gültigkeit sind, ein Beweis dafür, dass damals Grundsätze bei der Gesellschaft vorhanden waren, die jetzt aufrecht erhalten werden.

Am 18. Juni 1897 hat die Gesellschaft ein neues Heim bekommen. Dieses ist so eingerichtet, dass wie auch früher stets bespannte Wagen zur sofortigen Ausfahrt eines Arztes mit Sanitätsmännern und Material, sowie Kästen zur Behandlung von Vergifteten bereit sind. Es sind mit dem Chefarzt und Leiter 14 Aerzte angestellt, von denen stets 4 auf der Station im Dienste sind. Der Grundsatz der Wache ist, bei allen Arten von Erkrankungen oder von Verletzungen und innerhalb der Station, wo Gefahr im Verzug ist, den Kranken schnell transportfähig zu machen und weiterer ärztlicher Behandlung zuzuführen. „Die Sanitätsstation ist nur für die ersten Fälle plötzlichen Unglücksfällen errichtet und eingerichtet.“

Ein Ambulatorium oder eine Poliklinik für Verletzte oder Erkrankte darf dort unter keiner Bedingung vorausgesetzt oder gegeben werden.“ Ferner werden Simulanten abgewiesen, und auch nur an- und aufgenommen, wenn sie frische Verletzungen haben oder erkrankt sind. Der Hauptzweck der Wache ist, bei den in den Wägen Verbrachten, ferner bei Verunglückten auf den Strassen, in öffentlichen Gebäuden, Eisenbahnen Hilfe zu leisten. Hilfe in den Wohnungen wird nur ausnahmsweise, wenn Gefahr im Verzug ist, gewährt. Die Ansuchenden sind stets an einen Arzt zu schicken und ist ihnen hierzu behülflich zu sein. Die in den Krankenhäusern Verwunden werden täglich zweimal der Station gemeldet und auf einer Liste geschrieben. Vor der Ausfahrt hat sich der dienstthuende Arzt zu vergewissern, wo Betten für den Fall verfügbar sind. Ferner werden

ohne Arzt und bespannten Wagen sein. Die Abfahrt zur Unfallstelle geht mit der Schnelligkeit der Feuerwehr vor sich. Sämmtliche Dienstleistungen der Gesellschaft sind unentgeltlich, und allen Functionären ist strengstens untersagt, irgend welche Entlohnungen für Ausübung der Hülfsanzunehmen.

Der gesammte Dienstverkehr aller Beamten der Gesellschaft vollzieht sich in militärischer Form.

Bemerkenswerth ist die Einrichtung der Hospitanten. Es werden je 60 bei der Universität eingeschriebene Hörer der Medicin, welche mindestens zwei Semester Chirurgie gehört haben, bei der Gesellschaft für die Dauer je eines Jahres angenommen. Täglich haben vier, für die Nacht zwei Hospitanten Dienst. Sie tragen wie die Aerzte Kappe und Armbinde als Zeichen ihrer Zugehörigkeit zu Gesellschaft und sind während des Dienstes den Aerzten untergeordnet. Sie können unter Aufsicht der Aerzte arbeiten, dürfen aber niemals ohne Arzt zu einem Unfall ausfahren. Es begeben sich also zu jedem Unfall ein Arzt, ein Mediciner und zwei Sanitätsbeamte.

Vorhanden sind ausser den 14 Inspectionsärzten 12 Sanitätsdiener, 6 Kutscher, 19 Pferde für die Wagenbespannung, ferner 30 Rettung und Krankenwagen, 150 Tragbahnen, 16 Tragsessel, 16 Sanitätskäste, 5 Gegengiftkästen, 7 Schienensäcke (in welchen die erforderliche Schienen mitgeführt werden), 22 Sanitäts- und Verbandtaschen. An den Strassen sind mit einer Bedachung gegen die Unbilden der Witterung 29 Tragbahnen aufgestellt. Ferner sind 3 bewegliche Baracken zur Verfügung, sowie seit letzter Zeit der erwähnte Eisenbahn-Sanitäts-Ambulanzwaggon. Zur Krankenversorgung zur Zeit von Epidemien sind 100 Tragbetten, 100 Matratzen, 100 Kopfpolster vorgesehen, ferner 52 Gestelle auf den Bahnhöfen von Wien.

Die Gesellschaft hat drei Küchenwagen, die mit Kochkesseln versehen zur Speisung grösserer Menschenmengen bei grossen Katastrophen (Ueberschwemmungen etc.) gebraucht werden, und dazu gehörigen Fourgeons.

Zur Beförderung Geisteskranker waren früher fahrbare Gummizelle in Coupéform vorhanden, die so auf den Wagenachsen aufgestellt waren, dass sie von hinten her bestiegen wurden. Ich habe stets gegen die auffallende Form der Wagen für diese Kranken Bedenken geäussert und freue mich festzustellen, dass jetzt diese Wagen nicht mehr benutzt werden.

Bis Ende 1895 erhielt die Gesellschaft von der Gemeinde Wien eine jährliche Unterstützung von 5000 Gulden, die seit 1896 in Fortfall gekommen ist. Ferner erhält sie Subvention von der Regierung und vom Niederösterreichischen Landtag.

Die vortrefflichen Dienstordnungen für alle Zweige des weit verbreiteten Dienstes sind besonders zu rühmen. Es bestehen Vorschriften zur Hülfsleistung bei Katastrophen, bei welchen die mit der Gesellschaft verbundenen freiwilligen 10 Feuerwehren mit 419 Mitgliedern, sowie die

Aerzte benachtheiligt werden.

der Mobilisirung und im Kriege unterstützt die Gesellschaft die Thätigkeitspflege und hat bestimmte Normen betreffs ihrer Heranzu Hülfsleistungen bei Eisenbahnunglücksfällen aufgestellt, nach deren Wirksamkeit für diesen Zweck auf 300 km und mehr ausgerechnet ist.

Es möge hier bemerkt werden, dass bis zum Jahre 1894 der Dujourdienst von dujourirenden Medicinern höherer Semester abgehalten wurde während seit dem 26. Juni 1894 der Dienst von Aerzten unter Leitung der Hospitanten ausgeübt wird. Ein Dujourdienst von Aerzten dieses bisweilen von Nichtkennern behauptet wird, nie in Wien vorgekommen ist.

Unter anderen Rettungseinrichtungen in Wien ist das 1887 begründete freiwillige Rettungscorps zu nennen, welches einen organisirten Dujourdienst nicht hergestellt hat.

Das Rothe Kreuz hat seit dem vorigen Jahre in Wien-Neustadt einen Dujourdienst eingerichtet, dessen Thätigkeit sich aus einer Vermerkung in einer „Extra-Ausgabe des Amtsblattes der k. k. Bezirksverwaltung. Wiener Neustadt 1900. No. 25“ ergibt.

Es ist zu erwähnen, dass in den Inspectionszimmern aller Theater Theaterkassen und eine Krankentrage vorhanden sein müssen. In öffentlichen Badeanstalten ist ein Kasten mit zweckdienlichen Geräthen, in öffentlichen Bädern während der Badezeit ein Arzt in Bereitschaft. Seit 1894 ist jeder Bauleiter bei jedem Neu- und grösseren Umbau für das Vorhandensein von Verbandmaterial, Belebungs- und Krankentransportmaterial zu sorgen. Der Erlass einer solchen Verordnung wäre auch in anderen Städten zu befürworten.

Seit 1897 ist eine eigene Samariterschule bei der Gesellschaft er-

stimmend. „Es wird von Aerzten und Sanitätsmännern ein permanenter Bereitschaftsdienst gehalten“, für welchen Zweck Transportwagen, Tragbahnen, Verband- und Arzneimittel vorgesehen sind.

Am 12. Januar 1895 wurde bei der I. freiwilligen Feuerwehr Badens die Gründung einer Rettungsabtheilung beantragt. Den ersten Sanitätslandauer erhielt die Abtheilung vom Grafen Wilczek zum Geschenk. Nach den Satzungen besteht die Rettungsgesellschaft „aus dem Leiter derselben, der nur ein graduirter Arzt sein kann, aus dem Abtheilungsführer, aus den Sanitätsmännern“. Der Rettungsabtheilung können nur active Mitglieder der Feuerwehr beitreten, die Ausbildung der Mannschaften im Rettungsdienst hat durch einen Arzt zu geschehen. Die Thätigkeit der Abtheilung erstreckt sich auf Hülfe bei Unglücksfällen, welche sich an öffentlichen Orten ereignen, und auf den Krankentransport, mit Ausnahme von ansteckenden Kranken. Für die Transporte sind die entstandenen Kosten zu ersetzen. Der Dienst wird bei Tag und Nacht von zwei Mitgliedern ausgeübt. Im Jahre 1895 fanden 32 Hülfsleistungen statt, ferner 43 Krankentransporte. 11 Unbemittelte wurden kostenlos befördert. 1896 betrug die Zahlen 45 bzw. 94 und 14, 1897 36 bzw. 91, 1898 60 bzw. 91. Die Hülfe der Station wird unentgeltlich geleistet, Betrunkene werden abgewiesen.

Einen hervorragenden Antheil an der Organisation der ersten Hülfe in Oesterreich haben die freiwilligen Feuerwehren, welche zu einem Oesterreichischen Feuerwehr-Reichsverband vereinigt sind. Pflichtfeuerwehren sind in keinem Kronlande ausser in Galizien vorhanden. Die Zahl der unentgeltlich Hülfe leistenden Feuerwehren beträgt in ganz Oesterreich 9849 Feuerwehren mit 441 925 Mann. Jede Feuerwehr hat drei Abtheilungen, zwei eigentliche Feuerwehrrzüge und einen Sanitätszug. Ausserdem erklärten sich alle Feuerwehren als Rettungsgesellschaften. Der Unterricht in der ersten Hülfe ist einheitlich organisirt. Für das Rothe Kreuz stellen die Feuerwehren für den Kriegsfall den örtlichen Krankentransport-Colonnendienst durch militärfreie Mannschaften.

Die „Rettungs-Abtheilung der freiwilligen Feuerwehr Bruck a. M. bezweckt Hülfeleistung bei Unglücksfällen in Bruck a. M. und Umgebung und Aufstellung einer freiwilligen Local-Transportcolonne im Kriegsfall“. Die Abtheilung übernimmt gewöhnlich keine Krankentransporte — besonders nicht von ansteckenden Kranken —, sondern nur in Ausnahmefällen auf Anordnung des Kommandos in Uebereinstimmung mit dem Feuerwehrrarzt. Der Dienst wird von Mannschaften der Abtheilung abwechselnd versehen. Unglücksfälle werden in der Polizeiwachtstube, beim Feuerwehrrcommando, beim Feuerwehrrarzt oder bei den Mitgliedern der Abtheilung gemeldet. Die Mitglieder werden hierauf durch Boten verständigt und begeben sich schnell zum Rettungswagen. Es wird Hülfe geleistet, und der Verletzte ins Hospital oder in seine Wohnung geschafft. „Ist kein Arzt am Platze, so ist bei schwereren Verletzungen oder Krankheiten für die ehestunlichste Herbeirufung eines Arztes zu sorgen.“

Die Station der „freiwilligen Rettungsabtheilung des Brünner Turn-

wurde 1891 durch v. Mundy errichtet, nachdem bereits 1881 ein ärztlicher Lehrcursus in der ersten Hülfe stattgefunden, und die Errichtung einer Rettungsabtheilung beschlossen war. Ihre Thätigkeit betrug im Jahre 1900 3188 Vorfällen mit 967 Ausgehenden.

Auch wurden 6mal fliegende Wachen errichtet. Seit 1891 bei 18487 Unfällen erste Hülfe geleistet, und wurden 6465 Transporte ausgeführt. Aus dem Berichte der Abtheilung geht hervor, dass die freiwillige Turnerfeuerwehr in Prossnitz eine Rettungsabtheilung hat, und dass ferner die Gründung einer Rettungsgesellschaft in Schönberg beabsichtigt wurde.

Die freiwillige Rettungsgesellschaft mit ganz hervorragenden Leistungen in Budapest. Sie wurde am 8. Mai 1887 errichtet und zwar klein beginnend. Wegen der Ausdehnung ihrer Thätigkeit waren ihre Anfangs benutzten Räume bald nicht mehr, und am 1. August zog die Gesellschaft ihr eigenes Heim. Die Baukosten wurden theils von der Stadtverwaltung getragen, wofür die Gesellschaft im Falle der Veräußerung des Eigenthumsrechtes einen Silbergulden jährlich Pacht zahlen hat. In dem Gebäude, welches alle erforderlichen Räume für Behandlung und Unterkunft von Verunglückten bietet, wird der Vorlesung für Studierende der Medicin abgehalten, welche vor einer Communal-Prüfung abzulegen haben. Ihr Dienst ist freiwillig und unentgeltlich. Zwölf rigorosirende Mediciner, von welchen vier täglich an der Station anwesend sind, sind in einem Theile der „Rettungskaserne“ untergebracht. Die Gesamtzahl von Rettungs- und Krankenwagen ist in der Centrale vorrätig.

Ansteckende Kranke werden nicht befördert. Ein Wagen steht stets zur sofortigen Ausfahrt bereit. Räderbahnen, Tragen, Kübelwagen, Federsessel, Rettungs- und Verbandkästen sind vorhanden. Zwei Aerzte führen die Aufsicht der Station. Es darf nur die erste Hülfe geleistet, keine Nachbehandlung ausgeführt werden. Bewundene Verwundene werden in einer besonderen Abtheilung der Station untergebracht.

Im Kriegsfall unterstützt die Gesellschaft die militärische Sanitätsabtheilung. Die Gesellschaft hat auch den Stromrettungsdienst organisiert und an den Schiffahrtsstationen Rettungsstationen mit Rettungskahn, sonstigen Geräthen, Verbandzeug eingerichtet. Das dort beschäftigte Personal ist in der ersten Hülfe ausgebildet. Ein besonderer Zeichendienst von der Ketten- und Margarethenbrücke für Anmeldung eines Stromschiffes auf dem Strom.

1889 hat die freiwillige Feuerwehr in Graz eine Rettungsabtheilung begründet, welche in Ausführung des in den Satzungen der Feuerwehr vorgesehenen Rettungsdienstes die erste Hülfe bei Unglücksfällen aller Art, mit Ausnahme des Transportes von Kranken und anderen Kranken, besorgt. Jede Hülfsleistung der Abtheilung ist unentgeltlich. Die Abtheilung besteht aus den Feuerwehrärzten und Mannschaften, Mitgliedern der freiwilligen Feuerwehr, welche sich zum Dienst freiwillig melden. Die Feuerwehrärzte bilden eine Commission mit dem Leiter an der Spitze, ferner sind Studirende



der Medicin am Dienst theilhaft. Als unterstützende Mitglieder können der Rettungsabtheilung auch andere practische Aerzte angehören, welche sich besonders bei grösseren Unglücksfällen zur Verfügung zu stellen haben, aber auch bei kleineren Unfällen herangezogen werden können. In der ersten Feuerwache findet zugleich im besonderen Wachzimmer der Wachdienst statt, welcher stets von einem Arzte (auf besondere Bestimmung auch von mehreren) besorgt wird. Der Dienstplan der Aerzte wird monatlich festgesetzt. Die Aerzte sind durch Ehrenwort verpflichtet, den Dienst pünktlich innezuhalten. Kein Arzt darf sich vom Dienst entfernen, bevor die Ablösung eingetroffen ist. Ausser dem Arzt sind Sanitätsmänner stets auf der Wache. Zur Hilfsleistung ausserhalb der Wache darf sich der Arzt nur im Rettungswagen begeben, mit Ausnahme von Fällen, welche in der Nähe der Wache sich ereignen, zu welchen er in Begleitung eines Sanitätsmannes eilt. Betrunkene, welche keine frische Verletzung haben oder nicht plötzlich erkrankt sind, werden nicht transportirt und nicht in der Wache aufgenommen. „Eine Operation oder Arzneianweisung ist nur praxisberechtigten Aerzten gestattet. Ferner haben sich alle jene Feuerwehrärzte, welche noch nicht praxisberechtigt sind, der Verabreichung scharf wirkender Arzneimittel und der Injectionen zu enthalten.“ In der Wache wird allen frisch Verletzten und plötzlich Erkrankten Hülfe geleistet. Zur Weiterbehandlung sind sie an einen Arzt oder in ein Krankenhaus zu weisen, weitere Behandlung oder „sogenannte Ambulanz“ darf in der Wache unter keiner Bedingung stattfinden“. Die Mitglieder der Rettungsabtheilung haben jährlich Rettungsübungen.

An Material sind zur Verfügung drei Rettungswagen für je eine Trage, ein Rettungswagen für zwei Bahren, zwei Rettungswagen für vier Tragen, ein Vorrathswagen, Räderbahre. Im Jahre 1900 hatte die Rettungsabtheilung 2216 Hilfsleistungen. Die „Bespannung der freiwilligen Feuerwehr“, welche die Bespannung für die Gesamtfeuerwehr und die Rettungswagen zu stellen hat, bezieht für diese Leistung seitens der Stadtgemeinde jährlich 14 200 Kronen, sowie miethsfreie Räume für Stallungen etc.

In Kolozsvár wurde eine freiwillige Rettungsgesellschaft am 7. November 1891 begründet. Sie eröffnete ihre Thätigkeit am 27. Januar 1892. Das Ziel der Gesellschaft ist, bei Unglücksfällen in der Stadt, deren Umgebung, bei Eisenbahnunfällen in ganz Siebenbürgen die erste ärztliche Hülfe zu leisten. Ferner übernimmt sie im Frieden und im Kriege Krankentransporte, entsendet fliegende Wachen zu Bränden, Festen, Volksversammlungen, Theater, Pferderennen. Zu diesem Zwecke ist die Gesellschaft mit Krankenwagen und Bespannung, Tragen und Verbandmitteln ausgerüstet. In der Stadt ist eine Centralstation mit Kutscher, Dienern und drei Pferden vorhanden. Tag und Nacht sind Aerzte und Mediciner in Bereitschaft, und zwar von 7—1 Uhr Vormittags zwei Aerzte und von 1—7 Uhr Nachmittags noch drei Mediciner. Nachts sind zwei Aerzte und sechs Mediciner, welche in der Station wohnen, dienstbereit.

Telephonischer Meldung eines Unglücksfalles fährt ein Arzt oder Rigorant mit zwei Medicinern zur Unfallstelle, leistet die erste Hülfe und bringt den Patienten wenn erforderlich in die Universitätsklinik. Kleinere chirurgische Operationen werden ausgeführt, weitere ambulante Behandlung wird nicht geleistet, sondern der Patient zum Hausarzt gesendet oder im Hause befördert. Unbemittelte werden in die entsprechende Universitätsklinik geschickt, wo sie bleiben oder ambulant weiter behandelt werden. Der Dienst der Aerzte und Mediciner ist freiwillig. In der Centralstation wohnen ein Commandant (Arzt), ein Operationszögling (Arzt) und sechs Mediciner. Alle activen Mitglieder müssen einen Cursus bei Professor Joseph Brandt hören, welcher in jedem Sommer stattfindet, und einer Prüfung sich unterziehen. Die Mediciner werden nach dem fünften Semester ihrer Studien aufgenommen. Für Feuerwehr-, Polizeibeamte, Eisenbahn-, Fabrikarbeiter werden Cnurse in der ersten Classe abgehalten. Die Stadt zahlt eine jährliche Beihilfe von 5200 Kronen, Regierung 2000 Kronen. Die activen Mitglieder sind 37 Aerzte, 100 Rigoranten, 50 Mediciner. 2 Rettungswagen, 8 Sanitätskästen, 10 Sanitätstaschen, 6 Tragbahnen bilden das Rüstzeug.

Hülfleistungen im Jahre:

1892	1 097	1897	1 763
1893	1 707 <sup>1)</sup>	1898	1 729
1894	1 373	1899	1 614
1895	1 605	1900	1 905
1896	1 350		

Im Ganzen also 14 143 Fälle.

In Prag ist ein freiwilliges Rettungscorps seit dem Anfang des Jahres 1857 vorhanden. Es übt Thätigkeit bei Feuersbrünsten, Ueberfremungen und ähnlichen grösseren Unglücksfällen aus. Namentlich die letzteren war im Jahre 1890 die Veranlassung zur Begründung eines eigenen Rettungssstation, welche am 22. October 1890 eröffnet wurde. Im gleichen Jahre wurden auch zehn Rettungsboote und Rettungswagen an verschiedenen Stellen der Moldau angebracht. Bei Errichtung der Rettungsstation wurde das Rettungscorps vom Stadtrath ausserordentlich unterstützt. Die Thätigkeit der Station war in den einzelnen Jahren folgende:

1890	346 Fälle	1894	5 598 Fälle
1891	2 275 "	1895	7 528 "
1892	2 821 "	1896	10 983 "
1893	4 551 "	1897	12 082 "

Ausserdem fand eine sich in jedem Jahre vergrössernde Zahl von Krankenbeförderungen im eigenen Rettungswagen des Corps statt. Der Dienst wird von zwei ständig anwesenden Aerzten, ausserdem von 28 anderen Aerzten und Medicinern versehen.

1) Unter Mitzzählung der Desinfectionsfälle während der Choleraepidemie.

Die Gesellschaft erhält jährlich vom Stadtrath von Prag eine Unterstützung von 2600 Gulden.

In Reichenberg besteht seit 1865 ein freiwilliges Rettungscorps. Die Mitglieder werden in der ersten Hülfe ausgebildet und leisteten im ersten Jahre in 31 Fällen Hülfe. Im nächsten Jahre erhöhte sich die Ziffer auf 304, es wurde eine Station eingerichtet, jedoch erst am 1. November 1897 mit einem Nachtdienst daselbst begonnen. Auch ein Rettungswagen wurde angeschafft. Vom 1. April 1897 im ersten Jahre wurden 26 Transporte ausgeführt. 538 Hilfsleistungen zählte der Verein 1897, 1898: 598. Der Verein hat Räderbahnen, Pontons zur Hülfe bei Ueberschwemmungen, sowie sonstige Geräthschaften. 1897 erhielt er einmal eine städtische Unterstützung von 200 Gulden. Ein für die Nacht geplanter Aerztendienst konnte bisher nicht eingerichtet werden, daher haben auf der Station Nachts drei Mitglieder des Corps Wache. Das Corps hat seit 1899 den Namen „Freiwillige Rettungsgesellschaft“ angenommen.

Seit 1887 besteht in Temesvár eine freiwillige Rettungsgesellschaft, welche drei Wachtlocale mit je einem Heilgehülfen unterhält, welcher auf Anruf Folge leistet. Die Krankentransporte werden mit Tragen ausgeführt. Die Aerzte sind Ehrenmitglieder der Gesellschaft, einige jüngere Aerzte halten Vorträge. Die Stadt unterstützt die Gesellschaft durch einen jährlichen Beitrag von 500 Gulden. Im Jahre 1897 wurde 625 Personen erste Hülfe geleistet.

In Triest verdankt die freiwillige Rettungsgesellschaft ihre Entstehung einer Poliklinik, welche 1886 von einigen Aerzten begründet wurde. Neben der ambulatorischen Behandlung unbemittelter Kranker fand erste Versorgung Verletzter und plötzlich Erkrankter statt. An verschiedenen Stellen der Stadt und in Apotheken wurden Tragbahnen aufgestellt, Curse in erster Hülfe begonnen. Nachdem die Wiener freiwillige Rettungsgesellschaft die gesammte Einrichtung einer Station der „Società della Poliambulanza“ angeboten, wurde 1899 eine Station im Centrum der Stadt errichtet. Hier befinden sich die Räume für das Ambulatorium und die Rettungswache. Die Gemeinde zahlt einen Zuschuss. Die Einrichtung ist der der Wiener Gesellschaft ähnlich, aber es werden mehr plötzlich Erkrankte in ihren Wohnungen behandelt, daher auch der Name „Stazione di soccorso e Guardia medica“. Jährlich erhalten etwa 10 000 Kranke im Ambulatorium und 8000 bis 9000 Verletzte Hülfe.

#### l) Russland.

Die Einrichtung der freiwilligen Rettungsgesellschaft in Lodz ist beim Krankentransportwesen erwähnt.

Die freiwillige Rettungsgesellschaft in Warschau wurde am 17. Januar 1896 begründet. Die ersten Hilfsleistungen wurden vorher in der Stadt durch Bader, ferner auch von den diensthabenden Polizisten und auf den Polizeibureaux ausgeübt. Dann wurde eine Verfügung erlassen, dass im



Vorberathungen begann die Thätigkeit der Rettungsgesellschaft am Februar 1897. Das Personal setzt sich zusammen aus dem Vorseher der Station, 12 du jour habenden Aerzten, 12 Vertretern, 7 Sanitätermännern. Die Aerzte müssen sich vor ihrem Dienst Eintritt einige mit Chirurgie beschäftigt haben. Sie sind zuerst vertretende, dann Stationsärzte. Auf der Station sind stets drei Aerzte und fünf Sanitätsdiener anwesend, von welchen zwei Dienst haben und einer Verbandsdiener ist. Ausser diesen Aerzten sind, wie bei der Wiener Gesellschaft, auch Ehrenmitglieder, hier als Mitglieder vorhanden, welche auf Verlangen des Vorstandes bei Unfällen helfend eingreifen. Mit dem Arzt sind zwei Sanitätsmänner zum Unfall aus. Das Material besteht aus Krankenwagen und acht Pferden. Die Sanitätsdiener werden in ältere und jüngere eingetheilt. Erstere helfen den Aerzten unmittelbar, während die jüngeren mehr Handlangerdienste leisten. Die älteren haben in der Verbandtasche Aderpresse, die jüngeren Kleiderscheere und Licht.

Die Räume der Gesellschaft waren zuerst sehr einfach. Sie musste wegen der erhöhten Inanspruchnahme ein besseres Wohnlokal gewählt werden. Die Station befindet sich jetzt in der Leinwandstrasse und ist allen Anforderungen entsprechend ausgestattet, was die Abbildungen auf S. 725 veranschaulichen.

Die Dienstzimmer sind im Erd- und ersten Geschoss untergebracht. Unten befinden sich die Wacht- und Verbandräume, oben das Zimmer der diensthelfenden Aerzte, mit Fernsprechern, den Journalen, Kanzlei. Täglich zweimal erhält die Centralstation Meldung von den Warschauer Krankenhäusern über die freistehenden Betten. Auf dem Hofe ist eine Wagenremise, wo ständig ein bespannter Rettungswagen in Bereitschaft ist. Von den Wagen dienen drei zur Benutzung bei Unfällen, in einem Wagen, der mit Blech ausgeschlagen, werden ansteckende Krankheiten gefördert, und in einem Wagen in Landauerform bestellte Krankenträger ausgeführt. Die Wagen sind nach Wiener Muster gebaut. Es sind Räder-, Tragbahnen, Sanitätstaschen vorhanden, auch Zwangsgürtel und vollständige Ausrüstung für Neugeborene. Entweder erfolgt die Hilfsleistung auf der Stelle oder in der Nähe, oder der Arzt fährt Patienten nach Haus, Krankenhaus oder auf die Station zur endgültigen Behandlung. Bei einer Eisenbahnkatastrophe 1898 in Tlusz wurden 22 Verunglückte in 1½ Stunden versorgt, nach dem Krankenhaus gebracht und kurzes Protokoll gefertigt. Auch auf der Wache selbst werden Verwundete, welche dorthin kommen, behandelt. Bei grösseren Volksfesten etc. werden fliegende Wachen mit einem Arzt, Sanitätsdiener, Verbandmaterial und Trage hergestellt. Im Verlaufe von 10½ Monaten im ersten Jahre des Bestehens wurden 2700 Verunglückten Hilfe geleistet.

Die Gesellschaft hat nach ihren Satzungen den Zweck und die Aufgabe, allen Denjenigen ärztliche Hilfe angedeihen zu lassen, welche an öffentlichen Strassen oder Platz einen Unfall erleiden, oder welche plötzlich erkranken. Der Unfall muss plötzlich, unerwartet, und die erste Hilfe nur eine vorläufige sein. „Der Arzt, welcher zum Unfälle kommt,

t nicht befassen. In die Wohnungen soll nur bei dringender Lebens-  
Hilfe entsendet werden, die Rettungsgesellschaft sorgt nur in  
n Fällen für die Herbeischaffung eines Arztes.

ie Stadtgemeinde gewährt vorläufig auf 5 Jahre jährlich 5000

1897 kamen 1279 Fälle vor, von welchen 341 auf die Nacht  
en, die Zahl der Ausfahrten betrug 1080, auf der Station wurden  
Personen behandelt, 62 abgewiesen, 612 Fälle waren chirurgische,  
innere, 13 Geburten. 1898 wurden bereits 4223 Personen behan-  
1158 Nachts, 3186 Ausfahrten, auf der Station 1887, 150 ab-  
sen, 2717 chirurgische, 1083 innere, 35 Geburten. 1900 waren  
Zahlen 7837, bzw. 1948. In der Station wurden 1879 Persone  
delt, 284 Personen wurden abgewiesen, chirurgische Fälle waren  
innere 2244, Geburten 49.

#### m) Schweden und Norwegen.

n Stockholm bewirkt am Tage das ständige Polizeiamt die  
rgung der auf der Strasse Verunglückten. Bei plötzlichen Erkrank-  
n während der Nacht sorgt die nächste Polizeistation für die Her-  
affung eines Arztes (Pariser System), dessen Dienstleistung im  
der Vermögenslosigkeit des Patienten von der Stadtverwaltung  
lt wird.

n Christiania sind bei der Polizei Wagen eingestellt, über welche  
Krankentransportwesen berichtet wurde. Die Hospitäler haben drei  
tenwagen zur Verfügung, in welchen auf Wunsch ein Arzt zu Un-  
entsendet wird. Im Hafen sind vier Rettungsboote, Rettungsbojen,  
an verschiedenen Stellen aufgestellt. Die Polizeibeamten haben  
en Nothfällen Hilfe zu leisten. Sie sind verpflichtet, für bewusst-  
Personen ärztliche Hilfe herbeizuschaffen in anderen Fällen ist

werden kann. Bis 31. December 1899 wurden von dieser Station 1221 Kranke behandelt, davon 1134 während der Nacht, etwa ein Drittel auf der Station, die anderen ausser dem Hause. Die Polizei hatte 1898 sich mit 751 Verunglückten zu befassen.

In Norwegen besteht seit 1884 ein Samariterverein, welcher bezweckt, die Kenntniss erster Hülfe unter Laien bei solchen Personen zu verbreiten, welche häufig bei Unglücksfällen zur Stelle sein müssen, Beamte der Feuerwehr, Polizei, Eisenbahn. Die Eisenbahnverwaltung hat 105 Samariterkästen angeschafft, von welchen ein Theil auf den Zügen, die anderen auf den Stationen vertheilt sind. Ausserdem sind 56 Tragbahnen auf verschiedenen Stationen aufgestellt.

#### n) Schweiz.

Der Schweizerische Samariterbund bezweckt Sammlung und Organisation der Schweizerischen Samariter, gegenseitige Anregung und Unterstützung der Samaritervereine, Weiterverbreitung des Samariterwesens, Verbindung mit dem Schweizerischen Centralverein vom Rothen Kreuze gemäss der mit demselben getroffenen Vereinbarung. In Friedenszeiten ist der Samariterbund vollkommen selbständig, in Kriegszeiten stellt er seine Dienste und Mittel der Direction des Centralvereins zur Verfügung, was jedoch für die einzelne Person der Mitglieder der Samaritervereine nicht verbindlich ist. Der Samariterbund besteht aus Samaritervereinen und -Verbänden, welche sich den Satzungen unterziehen und mindestens zehn active Mitglieder zählen. Der Bund und seine Einzelerzweige hat an zahlreichen Orten Curse in erster Hülfe abgehalten, der Bundesvorstand stellt die Lehrmittel zur Verfügung. Der Schweizerische Bundesrath zahlt einen Jahresbeitrag von 800 Frs. jährlich, der Centralverein vom Rothen Kreuz gleichfalls einen Beitrag für die abgehaltenen Curse. Es werden auch Curse für häusliche Krankenpflege und Feldübungen veranstaltet. Dem Bunde gehören 138 Sectionen im ganzen Lande an, welche 5489 active, 8069 passive Mitglieder und 277 Ehrenmitglieder haben. Bei 8259 Personen leisteten 1900/01 Samariter Beistand. 52 Samaritercourse wurden für 1984 Personen von Aerzten abgehalten. Die Vereine verfügen über Transportmittel und Verbandmaterial aller Art.

#### o) Serbien.

Die staatlichen Krankenhäuser sind zur Hilfsleistung bei plötzlichen Erkrankungen und Unfällen eingerichtet. Ferner sind nicht nur die staatlich angestellten, sondern auch die privaten Aerzte durch das Sanitätsgesetz zur Hilfsleistung verpflichtet, dessen Art. 16, § 10 lautet: „Wenn ein Arzt zu Jemand berufen wird, der sich in Lebensgefahr befindet, die unvorhergesehen und plötzlich eingetreten ist, so hat er sofort Jedem ohne Unterschied Hülfe zu leisten. Ist durch sein Zögern

acht an der Zahl), welche zugleich Armen- und Polizeiärzte sind, ohne Unterschied die erste ärztliche Hülfe überhaupt zu leisten. Jeder durch Biss eines tollen Hundes Verletzte wird laut Gesetz Pasteur'sche Institut nach Budapest gesendet. Die Hin- und Hrt von Belgrad und die Kurkosen im Institut bezahlt für Un- lte der Staat aus dem nationalen Sanitätsfonds. Den Transport elgrad und zurück bezahlt die Gemeinde, welcher der Kranke rt.

ir Eisenbahnunfälle sind besondere Anweisungen ausgegeben.

#### p) Spanien.

zahlreichen Städten sind „Casas de Socorro“ vorhanden, deren e, z. B. in Madrid, es ist, nothwendige Hülfe für Jedermann, r von einem Unfalle sowohl auf der Strasse als auch in den n betroffen ist, in Fällen dringender Gefahr bereit zu stellen, in ihren Anstalten diejenigen Kranken oder Verletzten zu be- a, welche nicht in ihre eigene Behausung oder ein Hospital über- werden können, ferner Impfungen zu vollziehen. Die Casas orro dienen gleichfalls zur Aufbewahrung von Gegenständen und en Dingen für die Behandlung von Armen. Die Stadt wird für Vohlfahrtsbestrebungen in so viel Districte eingetheilt, als Hülfs- en bestehen. Es liegt diesen gleichfalls die Armenkrankenpflege ie Hilfsleistung der Anstalten ist für Unbemittelte unentgeltlich, Personen haben zu zahlen. Gleiche Bedingungen gelten für die me in eine Anstalt. Jede Wache besitzt einen Verbandkasten llen erforderlichen Geräthschaften zum Beistand bei Kranken rletzten. In jeder Anstalt ist ein ständiger Wachthabender ein



Von den

## II. Aussereuropäischen Ländern

sind besonders zu nennen:

### 1. Argentinien.

In Buenos Aires besteht ein besonderer Rettungsdienst, welcher nach modernen Grundsätzen eingerichtet ist. Die Polizisten leisten erste Hülfe und bringen einen Verunglückten in das nächstgelegene Polizeiamt, wo sofort der Polizeiarzt weitere Funktion übernimmt. Auch die organisirte Feuerwehr besorgt erste Hülfe bei Unfällen.

### 2. Britisch Guiana.

Siehe „Krankentransportwesen“. Die dort erwähnten Hospitäler haben 35—80 Betten. In Georgetown ist ein wohlausgerüstetes Krankenhaus mit 800 Betten.

### 3. Canada.

Die Ausdehnung des Landes, bei einer Bevölkerung von nur etwa 5 Millionen Einwohnern, kommt etwa der der Vereinigten Staaten gleich. Der grösste Theil der Bewohner lebt in Einzelhöfen oder sehr kleinen Orten, nur ein ganz kleiner Theil in grösseren Ortschaften. Aus diesem Grunde ist ein Rettungsdienst nur in den grösseren Städten ausführbar und ist auch hier der Privatfürsorge überlassen. Die meisten grösseren Krankenhäuser haben auf eigene Kosten einen Rettungsdienst eingerichtet, welcher mit Hülfe der Fernsprecher funktioniert.

### 4. Centralamerika.

In den meisten Staaten sind eigene Einrichtungen für Rettung Verunglückter, abgesehen von den im „Krankentransportwesen“ genannten, kaum vorhanden.

### 5. China.

In Honkong besitzt jede Polizeistation Transportgeräte zur Versorgung von auf der Strasse oder bei Sportspielen verunglückten oder erkrankten Personen. Bei den Spielen sind stets dergleichen Gerätschaften auf Anordnung der Polizei vorhanden. Die Europäischen Mitglieder der Polizei haben Unterricht in der ersten Hülfe mit Prüfung am Schlusse der Kurse. Ferner werden sie in der ersten Hülfe bei Scheintodten unterwiesen.

### 6. Englische Colonien.

Die Englischen Colonien verfügen über vortreffliche Einrichtungen auf dem Gebiete der ersten Hülfe und des Rettungswesens, da in allen die St. John's Ambulance Association Zweigvereinigungen unterhält,

lehe von der Centralstelle in London aus ressortiren. In gleicher Weise wie in London werden Polizei-, Feuerwehr- und Eisenbahnbeamte als Samariter ausgebildet. Ferner sind an verschiedenen Stellen, besonders auf Eisenbahnen, Bergwerken etc. Verbandkästen, Tragbahnen hergebracht, welche von der Hauptstelle in London aus geliefert werden. Die Organisation ist ähnlich der der Royal Humane Society. Das Centrum der letzteren Gesellschaft in Australien allein, welches 1744 begründet wurde, hatte bis Ende des Jahres 1899 1840 Lebensrettungen zu verzeichnen. Die Einrichtungen einzelner Englischen Colonien werden im Folgenden noch besonders erwähnt.

### 7. Japan.

Bei grossen Unglücksfällen (Erdbeben etc.) werden öffentliche Gebäude oder ähnliche Räume in der Nähe zum zeitweiligen Aufenthalt hergerichtet. Die Verunglückten erhalten Speise, Kleidung, Verwundte auch ärztliche Behandlung. Ist die Wohnung zerstört, so empfängt

Verunglückte Geld für diese und für Anschaffung neuer Gegenstände. Dieses Rettungswesen untersteht dem Oberhaupt eines Verwaltungsdistriktes (Fu und Ken chiji), das gesammte Rettungswesen dem Minister des Innern und Finanzminister. Das Geld für das Rettungswesen wird nach dem Gesetz durch Steuern aufgebracht. Es muss für jeden Bezirk mindestens 50000 Yen (100000 Mk.) betragen. Die Summe muss 20mal so gross sein, als die Durchschnittszahl des Gebrauchs von Verwundten in einzelnen Jahren beträgt. In einzelnen Bezirken sind 260000 Yen aufzubringen. Ausserdem bezahlt die Regierung jährlich 60000 Mk. Hilfe für von Unglücksfällen in den Bezirken Betroffene. Wenn in einem Bezirk die zur Unterstützung ausgezahlte Summe  $\frac{5}{100}$  des Einkommens überschreitet, so tritt die Regierung mit  $\frac{1}{3}$  der ausgezahlten Summe ein. Es bestehen auch einzelne kleinere private Gesellschaften für das Rettungswesen.

Erkrankt ein Reisender plötzlich unterwegs, so sorgen die Behörden für ihn. Zeit lang für ihn, bis ein Verwandter oder Vormund die Sorge übernimmt. Sind solche nicht vorhanden oder nicht auffindbar, so wird der Name des Kranken gemeldet. Findet ein Polizist einen solchen Kranken, so kann er ihm Hilfe angedeihen lassen. Die Schutzleute sind als Samariter ausgebildet.

### 8. Kapland.

Die Sicherheitsbeamten haben bei ihrem Dienstantritt einen dreitäglichen Cursus in der ersten Hilfe durchzumachen. Verunglückte werden in Kapstadt zum Casualty Ward (Rettungswache) im „Police Casualty Hospital“, wenn erforderlich unter Benutzung eines Krankentransportes, geschafft. Dieses hatte in den Jahren 1892—98 eine Zunahme der Zahl der Patienten von 1023 auf 3950, unter welchen solche mit Verwundten besonders vom Jahre 1897 zu 1898 eine erhebliche Zunahme hatten und zwar von 1392 auf 1620. In kleineren Plätzen bringt wa-

die Verletzten zur Versorgung in die Polizeiwache oder ins Stadtgefängniss, falls ein solches vorhanden.

Bei Eisenbahnunfällen stehen den beamteten Aerzten jedes Distriktes besondere Wagen zur Verfügung, welche mit allen erforderlichen Rettungsmitteln ausgestattet, an jeden Zug angehängt werden können. Der beamtete Arzt hat die Pflicht, bei einem Unglücksfalle sich an die Unfallstelle zu begeben. In jedem Passagierzuge ist ein Verbandkorb. Die meisten Beamten sind in der ersten Hülfe unterrichtet.

### 9. Malta.

In La Vallette sind gleichfalls die Polizisten in der ersten Hülfe ausgebildet, welche sie zu leisten haben, bis der sogleich herbeigerufene Polizeiarzt zur Stelle ist. Diese Hülfe ist auch in kleineren Städten schnell zu erreichen, da die Polizeistationen telephonisch verbunden sind. Auf der Eisenbahn, deren Länge nur 10 Kilometer beträgt, werden Verunglückte auf der nächsten Station der Polizeibehörde übergeben. Auch eine Gesellschaft von Damen genießt Unterricht in der ersten Hülfe.

### 10. Mexico.

Verunglückte werden nach der Polizeiwache oder in das allgemeine Krankenhaus in Mexico gebracht. Ersteren sind die erforderlichen ärztlichen Kräfte beigeordnet. Aehnlich liegen die Verhältnisse in Guanajuato. Verunglückte werden mit Tragbahren in das Hospital befördert, oder, wenn sie im Stande sind zu gehen, so kommen sie erst nach der Polizei, und werden dann in das Hospital übergeführt. Die Herbeischaffung der Tragbahren geschieht durch Weitergeben der betreffenden Mittheilung an die Polizeiwache.

In den Bergwerken wird die erste Hülfe bei Verunglückten von den Bergleuten und Beamten geleistet, wofür auch meistens die erforderlichen Verband- und Arzneimittel vorhanden sind.

Sehr eigenartig ist das Rettungs- und Krankentransportwesen in

### 11. Niederländisch Indien

eingerrichtet. Alle Unterbeamten und Missionäre erhalten einmal im Jahre kostenfrei Medicamente mit Gebrauchsanweisung und Verbandmittel. Von der Regierung werden volksthümlich geschriebene Bücher (auch in malaischer Sprache) unter der Bevölkerung des Archipels verbreitet, in welchen die erste Hülfe bei Unglücksfällen (Cholera und Pest) beschrieben ist. Tragbahren aus Bambus weiss jeder Eingeborene zu verfertigen, so dass besondere Maassregeln hierfür nicht erlassen sind. Auf Grund des Eisenbahnreglements sind in West-Java auf 4, in Ost-Java auf 2 Stationen Hülfswagen, geschlossene Güterwagen, eingestellt. Jeder dieser enthält technische Hilfsmittel für Aufhebung von Verkehrshemmungen bei Entgleisungen, und Krankentragen, sowie die Verbandspackete nach Gory und de Mooij. Ferner sind in den Zügen und auf

grossen Zahl von Stationen, sowohl auf den Hauptlinien der Staats- als den Secundär- und Privatbahnen, die genannten Hilfsmittel an.

Ombilien-Kohlen-Distrikt befinden sich in der Nähe der Linenausgänge je ein Hospital mit je einem „Doctor Gawa“, einem Arzt. Nach Meldung eines Unfalles begeben sich diese mit reichem Verbandmaterial und einigen Gehülfen an die Unfallstelle. Die Verunglückten sind hier leicht zu erreichen, da nur Tunnels und keine offenen Schächte vorkommen. Nach Anlegung des ersten Verbandes werden die Verunglückten nach dem Hospital überführt und dort weiter von einem bekannten oder einem Europäischen Arzte, welcher inzwischen durch einen Arzt verständigt wurde, weiter behandelt.

Transporten von Kranken auf weitere Entfernungen werden Wagen benutzt. Auch bei Erkrankung oder Unfall der übrigen leisten die erwähnten Doctors erste Hülfe. In den Hauptstationen der Eisenbahnstrecken sind Verbandmaterial und Tragen vorrätig, gleichfalls auf den Haltestellen. Die Stations- und Zugbeamten der ersten Hülfe ausgebildet.

#### 12. Oranje-Freistaat.

Bei Hülfe bei Unfällen auf Eisenbahnen sind die Bahnärzte vorhanden, jeder eine eigene Strecke zu versorgen hat. Die Diamantgruben, Kupfergruben etc. haben ihre eigenen Grubenärzte und tragen zum Unterhalt des Hospitales bei, welches sich in der angrenzenden Stadt befindet. Ist keine Stadt in der Nähe, so erhalten sie ein eigenes kleines Hospital.

#### 13. Transvaal.

Johannesburg leistet ausser der St. John's Ambulance Association die städtische Feuerwehr bei Unglücksfällen erste Hülfe, deren Mitglieder von jener Gesellschaft Unterricht erhalten.

In den zahlreichen Gruben Transvaals ist das Rettungswesen gut organisiert. Durch eine Regierungsverordnung ist vorgeschrieben, dass in jeder Grube die nöthigen Hilfs- und Transportmittel, insbesondere Verbandmittel, elastische Schläuche etc. vorhanden sein müssen. Die schriftsmässige Zahl dieser Gegenstände soll sich nach der Zahl der in den Gruben beschäftigten Arbeiter richten.

#### 14. Uruguay.

Die Polizeicommissariate und Krankenhäuser besitzen Krankenträger (portadores). Die Polizeibeamten haben erste Hülfe bei Unfällen zu leisten.

Ausdrücklich ist in ihrer Dienstanweisung angeführt, dass sie die Ansammlung von Menschen bei den Verunglückten zu verhindern, „welche die dem Erkrankten nothwendige Luft verschlechtern.“

Ferner sollen sie den Kranken den Rathschlägen Unvernünftigen ziehen. Sie sollen ferner den Transport nach erfolgter nothwendiger Hilfsleistung ausführen.

### 15. Vereinigte Staaten von Nordamerika.

Das Rettungswesen ist meistens mit den Hospitälern verbunden. Diesen wird der Unfall gemeldet, worauf sich ein Arzt im Rettungswagen zur Unfallstelle begiebt und den Patienten nach Haus oder Krankenhaus bringt. Die Meldung der Unfälle geschieht durch Unfallmelder, von welchen einige auf Seite 632 und 633 abgebildet sind. Es sind auch die Melder mit denen der Feuerwehr verbunden, so dass die Meldung einerseits zur Feuerwache, andererseits zur Rettungswache gegeben werden kann.

In Detroit Mich. sind Krankentransportgeräthschaften in öffentlichen Hospitälern aufgestellt. Auf den Eisenbahnen leisten die ärztliche erste Hülfe, gleichfalls in den Bergwerken die hierfür angestellten Aerzte.

San Francisco besitzt ein „Emergency Hospital“, Krankenzug zur Aufnahme Verunglückter, Selbstmörder und Verbrecher. Ferner ein „City Receiving Hospital“ vorhanden, welches mit dem Polizeibureau und dem Stadtgefängnis vereinigt ist. Dieses im Mittelpunkte der Stadt belegene Gebäude enthält die erforderlichen Räume. Außerdem sind zwei Zweighospitäler eingerichtet worden, von welchen einer nach der Wasserseite, dem industriereichsten Theile der Stadt, das andere im Golden Gate Park, dem besuchtesten Vergnügungsorte der Stadt gelegen ist. Jede dieser zwei Anstalten enthält einen Saal mit Verwaltungssaal, Wohnung für den Arzt und den Kutscher des Krankenzuges. Die drei Hospitäler haben je einen Rettungswagen für die in dringenden Fällen bereit.

Die Hospitäler unterstehen einem Polizeiarzt, ferner sind vier assistirende Polizeiarzte, vier in der Hauptanstalt, je zwei in den Zweiganstalten, Inspectoren, zwei Pflegerinnen, sechs Kutscher, je einer in jedem Krankenwagen. Leicht verletzte Personen gehen selbst zu den Anstalten, bei schwereren Unfällen telephonirt ein Polizeibeamter irgend eine andere Person nach dem nächsten Hospital, welcher einen Rettungswagen aussendet, um den Kranken nach der Anstalt zu bringen. Bei ernstern Verletzten werden in das Haupthospital gebracht. Die Verwundeten müssen, sobald es ihr Zustand gestattet, aus den Anstalten entlassen werden. Unbemittelte werden in das städtische und Staats-Hospital übergeführt.

Auch Milwaukee Wis. hat ein Emergency Hospital, mitten in der Stadt gelegen, in welches alle Personen mit schweren Unfällen oder plötzlichen Erkrankungen gebracht werden. Sie werden in ein Hospital, oder auch nach Hause, sobald dies möglich ist, übergeführt. Mit dem Hospital, welches alle Verunglückten und plötzlich Erkrankten aufnimmt, ist ein Rettungswagen verbunden.

der Strasse in Kasten angebracht sind, eine Meldung dem nächsten Hospital übermittelt, welche alle auf Kosten der Stadt mit Rettungsmitteln ausgestattet sind. Die Ausführung des Auftrages geht schnell zu  
statten.

Auf der Pennsylvania Eisenbahn ist eine Abtheilung von 300  
allärzten vorhanden und zwar fast in jeder Stadt der Linien, ferner  
147 Bahnärzte nach einer besonderen Prüfung angestellt. Ihr Dienst  
steht in der Beaufsichtigung des freiwilligen Hilfsdienstes. Sie sind  
gerüstet mit Verbandbeuteln mit den erforderlichen Verbandmitteln.  
362 Unfallverletzte wurden im Jahre 1896 behandelt. Jede Loco-  
tive ist mit einem kleinen Kasten ausgerüstet, welcher Verbandmittel,  
Spritze etc. enthält. Auf jeder Station sind Tragen, ferner werden  
Tragen in allen Krankenhäusern auf den Strecken bereit gehalten. Von  
jedem Punkte der Gesamtstrecke von 9000 Meilen ist ein Hospital  
in zwei Stunden zu erreichen.

Pittsburgh Penn. siehe „Krankentransportwesen“.

Vie aus meinen Schilderungen hervorgeht, ist das Rettungswesen ein  
neues Fach der wissenschaftlichen Heilkunde. Wenn ich auf die Organi-  
sation desselben hier näher eingegangen bin, so ist dies geschehen, weil  
gewöhnlich diese Dinge nicht sehr bekannt sind, und weil augenblicklich  
sogar in Deutschland, aber auch in anderen Ländern, Veränderungen  
in diesem Gebiete vor sich gehen, welche eine genauere Beschreibung  
der Einrichtungen in den einzelnen Städten und Ländern wünschenswerth

in Beziehung steht und auch vielfach mit Recht zu setzen gesucht wird, eine zum Theil humanitäre Angelegenheit ist.

Ich habe ferner beschrieben, wie die grossen Fortschritte der Medicin am Ende des 19. Jahrhunderts an dem grossen Aufschwung des Rettungswesens in hervorragender Weise betheiligt sind, wie auch Pauli-Posen überzeugend auf dem Deutschen Samaritertag in Breslau 1900 dargethan. Und aus allen genannten Gründen muss die Leitung des gesammten Rettungswesens in den Händen der Vertreter der wissenschaftlichen Medicin, der Aerzte, ruhen. Dass diese bei ihrem Werke die Hülfe von Nichtärzten nicht entbehren können, z. B. für die geschäftliche Verwaltung, ist selbstverständlich. Aber nur da kann zum Besten der Allgemeinheit und aller betheiligten Kreise ein Rettungswesen zweckmässig functioniren, wo an seiner Spitze die Aerzte stehen und sich in ihrer Gesamtheit an der hohen Aufgabe betheiligen, welche den „Beginn der Krankenpflege“ bei den Hülfesuchenden darstellt.

---

## **6. Fürsorge für Kranke durch die Gesetzgebung (Krankenpflegegesetzgebung).**

Von

Geh. Med.-Rath Dr. **Dietrich** in Berlin.

---

Die Eintheilung des Stoffes, welche das Handbuch der Krankenversorgung und Krankenpflege darbietet, ist bei der Zusammenstellung der Krankenpflegegesetzgebung so weit wie möglich eingehalten worden. Mit Rücksicht darauf, dass bei der Gruppierung der gesetzlichen Bestimmungen bisweilen von anderen Gesichtspunkten ausgegangen werden muss als bei der Zusammenstellung des Stoffes nach wissenschaftlichen Grundsätzen konnten anderseits Abweichungen von der Stoffeintheilung des Handbuchs nicht ganz vermieden werden.

Um das Nachschlagen für Aerzte, Krankenhaus- und Anstaltsleiter, Wartepersonal und Alle, die mit der Krankenversorgung und Krankenpflege sich beschäftigen oder beschäftigt werden, nutzbringend zu gestalten, sind Gesetze und Bestimmungen, welche über Kranke oder Einrichtungen für diese handeln, wörtlich aufgenommen und nur diejenigen Bestimmungen fortgelassen worden, welche zur Krankenversorgung und Krankenpflege in keiner unmittelbaren Beziehung stehen. Hierher gehören die zahlreichen Bestimmungen über die Krankheitsverhütung, den Arbeiterschutz und Kinderschutz, sowie alle Fragen, welche ausschliesslich die Hygiene betreffen. Nur einzelne derselben fanden Aufnahme, weil sie sich von den Bestimmungen der Krankenfürsorge nicht trennen liessen. Einzelne Vorschriften der Reichsgesetzgebung, zum Beispiel die Bestimmungen in den §§ 153--163 des Str.-G.-B.s, wurden, obwohl sie eine unmittelbare Beziehung zu den Kranken oder deren Versorgung und Pflege nicht haben, deshalb aufgenommen, weil sie für die Krankenhausleiter oder das Krankenpflegepersonal von Interesse sind.

Von den gerichtlichen Entscheidungen konnten bei der Fülle des Stoffes nur diejenigen erwähnt werden, welche wichtige Erläuterungen der entsprechenden Gesetze enthalten.



Bei der Auswahl der gesetzlichen Bestimmungen ist in erster Linie die Gesetzgebung des Reichs und der grösseren Bundesstaaten, insbesondere Preussens berücksichtigt worden. Die gesetzlichen Bestimmungen, welche in ausserdeutschen Staaten Geltung haben, konnten nur ausnahmsweise Berücksichtigung finden.

Die wörtlich angeführten Bestimmungen sind theils den amtlichen Veröffentlichungen der betreffenden Staaten oder des Kaiserlichen Gesundheitsamtes, theils der Beilage zu der „Zeitschrift für Medicinalbeamte“ (Fischer's medic. Buchhandlung, Berlin) entnommen.

Bei der Bearbeitung einiger Capitel des zweiten Theils, insbesondere bei den Capiteln: Fürsorge für Unbemittelte, Pflegepersonal und Krankenanstalten sind die entsprechenden Capitel der von dem Verfasser in Gemeinschaft mit Herrn Regierungs- und Geh. Medicinalrath Dr. Rapmund in Minden herausgegebenen „Arztlichen Rechts und Gesetzeskunde“, Leipzig 1899, Verlag von Georg Thieme (SS. 306 ff. und 719 ff.), auf die auch sonst des Oefteren verwiesen ist, zu Grunde gelegt worden.

## Theil I. Allgemeine Bestimmungen.

### A. Strafgesetzbuch und Strafprocessordnung.

#### 1. Strafgesetzbuch vom 15. Mai 1871.

§ 51. Eine straffbare Handlung ist nicht vorhanden, wenn der Thäter zur Zeit der Begehung der Handlung sich in einem Zustande von Bewusstlosigkeit oder krankhafter Störung der Geistesthätigkeit befand, durch welchen seine freie Willensbestimmung ausgeschlossen war.

§ 58. Ein Taubstummer, welcher die zur Erkenntniss der Strafbarkeit einer von ihm begangenen Handlung erforderliche Einsicht nicht besass, ist freizusprechen.

§ 153. Wer einen ihm zugeschobenen, zurückgeschobenen oder auferlegten Eid wissentlich falsch schwört, wird mit Zuchthaus bis zu zehn Jahren bestraft.

§ 154. Gleiche Strafe trifft denjenigen, welcher vor einer zur Abnahme von Eiden zuständigen Behörde wissentlich ein falsches Zeugniss oder ein falsches Gutachten mit einem Eide bekräftigt oder den vor seiner Vornehmung geleisteten Eid wissentlich durch ein falsches Zeugniss oder ein falsches Gutachten verletzt.

Ist das falsche Zeugniss oder Gutachten in einer Strafsache zum Nachtheile eines Angeeschuldigten abgegeben und dieser zum Tode, zu Zuchthaus oder zu einer anderen mehr als fünf Jahre betragenden Freiheitsstrafe verurtheilt worden, so tritt Zuchthausstrafe nicht unter drei Jahren ein.

§ 155. Der Ableistung eines Eides wird gleichgeachtet, wenn

1. ein Mitglied einer Religionsgesellschaft, welcher das Gesetz den Gebrauch gewisser Bethenerungsformeln an Stelle des Eides gestattet, eine Erklärung unter der Bethenerungsformel seiner Religionsgesellschaft abgibt:

2. derjenige, welcher als Partei, Zeuge oder Sachverständiger einen Eid geleistet hat, in gleicher Eigenschaft eine Versicherung unter Berufung auf den bereits früher in derselben Angelegenheit geleisteten Eid abgibt, oder ein Sachverständiger,

blehnen zu dürfen, belehrt worden zu sein.

st hiernach Zuchthausstrafe unter einem Jahr verwirkt, so ist dieselbe nach  
gabe des § 21 in Gefängnisstrafe zu verwandeln.

§ 158. Gleiche Strafermässigung tritt ein, wenn derjenige, welcher sich eines  
des oder einer falschen Versicherung an Eidesstatt schuldig gemacht hat, bevor  
Anzeige gegen ihn erfolgt oder eine Untersuchung gegen ihn eingeleitet und  
ein Rechtsnachtheil für einen Anderen aus der falschen Aussage entstanden  
ese bei derjenigen Behörde, bei welcher er sie abgegeben hat, widerruft.

§ 161. Bei jeder Verurtheilung wegen Meineides, mit Ausnahme der Fälle in  
§ 157 und 158, ist auf Verlust der bürgerlichen Ehrenrechte und ausserdem auf  
uernde Unfähigkeit des Verurtheilten, als Zeuge oder Sachverständiger eidlich  
unnen zu werden, zu erkennen. In den Fällen der §§ 156 bis 159 kann neben  
efängnisstrafe auf Verlust der bürgerlichen Ehrenrechte erkannt werden.

§ 163. Wenn eine der in den §§ 153 bis 156 bezeichneten Handlungen aus  
ssigkeit begangen worden ist, so tritt Gefängnisstrafe bis zu Einem Jahre ein.  
Straflosigkeit tritt ein, wenn der Thäter, bevor eine Anzeige gegen ihn erfolgt  
eine Untersuchung gegen ihn eingeleitet und bevor ein Rechtsnachtheil für  
Anderen aus der falschen Aussage entstanden ist, diese bei derjenigen Be-  
bei welcher er sie abgegeben hat, widerruft.

§ 169. Wer ein Kind unterschleibt oder vorsätzlich verwechselt, oder wer auf  
e Weise den Personenstand eines Anderen vorsätzlich verändert oder unterdrückt,  
mit Gefängnis bis zu drei Jahren und, wenn die Handlung in gewinnsüchtiger  
nt begangen wurde, mit Zuchthaus bis zu zehn Jahren bestraft.

Der Versuch ist strafbar.

§ 174. Mit Zuchthaus bis zu fünf Jahren werden bestraft: . . .

3. Beamte, Aerzte oder andere Medicinalpersonen, welche in Gefängnissen oder  
fentlichen, zur Pflege von Kranken, Armen oder anderen Hülfslosen bestimmten  
alten beschäftigt oder angestellt sind<sup>1)</sup>, wenn sie mit den in das Gefängnis oder  
e Anstalt aufgenommenen Personen unzuchtige Handlungen vornehmen.

---

Sind mildernde Umstände vorhanden, so tritt Gefängnisstrafe nicht unter Monaten ein.

§ 176. Mit Zuchthaus bis zu zehn Jahren wird bestraft, wer

1. mit Gewalt unzuchtige Handlungen an einer Frauensperson vornimmt dieselbe durch Drohung mit gegenwärtiger Gefahr für Leib oder Leben zur Duldung unzuchtiger Handlungen nöthigt;

2. eine in einem willenlosen oder bewusstlosen Zustande befindliche oder geisteskranke Frauensperson zum ausserehelichen Beischlafe missbraucht, oder

3. mit Personen unter vierzehn Jahren unzuchtige Handlungen vornimmt dieselben zur Verübung oder Duldung unzuchtiger Handlungen verleitet.

Sind mildernde Umstände vorhanden, so tritt Gefängnisstrafe nicht unter Monaten ein.

§ 177. Mit Zuchthaus wird bestraft, wer durch Gewalt oder durch Drohung mit gegenwärtiger Gefahr für Leib oder Leben eine Frauensperson zur Duldung ausserehelichen Beischlafs nöthigt, oder wer eine Frauensperson zum ausserehelichen Beischlafe missbraucht, nachdem er sie zu diesem Zwecke in einen willenlosen oder bewusstlosen Zustand versetzt hat.

Sind mildernde Umstände vorhanden, so tritt Gefängnisstrafe nicht unter Jahre ein.

§ 178. Ist durch eine der in den §§ 176 und 177 bezeichneten Handlungen der Tod der verletzten Person verursacht worden, so tritt Zuchthausstrafe nicht zehn Jahren oder lebenslängliche Zuchthausstrafe ein.

§ 218. Eine Schwangere, welche ihre Frucht vorsätzlich abtreibt oder im Mutterleibe tödtet, wird mit Zuchthaus bis zu fünf Jahren bestraft.

Sind mildernde Umstände vorhanden, so tritt Gefängnisstrafe nicht unter Monaten ein.

Dieselben Strafvorschriften finden auf denjenigen Anwendung, welche Einwilligung der Schwangeren die Mittel zu der Abtreibung oder Tödtung benutzt oder angewendet oder ihr beigebracht hat.

§ 219. Mit Zuchthaus bis zu zehn Jahren wird bestraft, wer einer Schwangeren welche ihre Frucht abgetrieben oder getödtet hat, gegen Entgelt die Mittel verschafft, bei ihr angewendet oder ihr beigebracht hat.

§ 220. Wer die Leibesfrucht einer Schwangeren ohne deren Wissen oder vorsätzlich abtreibt oder tödtet, wird mit Zuchthaus nicht unter zwei Jahren bestraft.

Ist durch die Handlung der Tod der Schwangeren verursacht worden, so tritt Zuchthausstrafe nicht unter zehn Jahren oder lebenslängliche Zuchthausstrafe ein.

§ 221. Wer eine wegen jugendlichen Alters, Gebrechlichkeit oder Krankheit hilflose Person aussetzt, oder wer eine solche Person, wenn dieselbe unter Obhut steht oder wenn er für die Unterbringung, Fortschaffung oder Aufnahme derselben zu sorgen hat, in hilfloser Lage vorsätzlich verlässt, wird mit Gefängnis nicht unter drei Monaten bestraft.

Wird die Handlung von leiblichen Eltern gegen ihr Kind begangen, so tritt Gefängnisstrafe nicht unter sechs Monaten ein.

Ist durch die Handlung eine schwere Körperverletzung der ausgesetzten oder verlassenen Person verursacht worden, so tritt Zuchthausstrafe bis zu zehn Jahren ein, wenn durch die Handlung der Tod verursacht worden ist, Zuchthausstrafe nicht unter drei Jahren ein.

§ 222. Wer durch Fahrlässigkeit den Tod eines Menschen verursacht, wird mit Gefängnis bis zu drei Jahren bestraft.

Wenn der Thäter zu der Aufmerksamkeit, welche er aus den Augen setzte,

ge seines Amtes, Berufes oder Gewerbes besonders verpflichtet war, so kann die Strafe bis auf fünf Jahre Gefängniss erhöht werden.

§ 223. Wer vorsätzlich einen Anderen körperlich misshandelt oder an der Gesundheit beschädigt, wird wegen Körperverletzung mit Gefängniss bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bis zu eintausend Mark bestraft.

Ist die Handlung gegen Verwandte aufsteigender Linie begangen, so ist auf Gefängniss nicht unter Einem Monat zu erkennen.

§ 223 a. Ist die Körperverletzung mittels einer Waffe, insbesondere eines Messers oder eines anderen gefährlichen Werkzeuges, oder mittels eines hinterlistigen Ueberfalls, oder von Mehreren gemeinschaftlich, oder mittels einer das Leben gefährdenden Handlung begangen, so tritt Gefängnisstrafe nicht unter zwei Monaten ein.

§ 224. Hat die Körperverletzung zur Folge, dass der Verletzte ein wichtiges Glied des Körpers, das Sehvermögen auf einem oder beiden Augen, das Gehör, die Sprache oder die Zeugungsfähigkeit verliert, oder in erheblicher Weise dauernd entstellt wird, oder in Siechthum, Lähmung oder Geisteskrankheit verfällt, so ist auf Zuchthaus bis zu fünf Jahren oder Gefängniss nicht unter Einem Jahre zu erkennen.

§ 225. War eine der vorbezeichneten Folgen beabsichtigt und eingetreten, so ist auf Zuchthaus von zwei bis zu zehn Jahren zu erkennen.

§ 226. Ist durch die Körperverletzung der Tod des Verletzten verursacht worden, so ist auf Zuchthaus nicht unter drei Jahren oder Gefängniss nicht unter drei Jahren zu erkennen.

§ 230. Wer durch Fahrlässigkeit die Körperverletzung eines Anderen verursacht, wird mit Geldstrafe bis zu neunhundert Mark oder mit Gefängniss bis zu zwei Jahren bestraft.

War der Thäter zu der Aufmerksamkeit, welche er aus den Augen setzte, wegen seines Amtes, Berufes oder Gewerbes besonders verpflichtet, so kann die Strafe auf drei Jahre Gefängniss erhöht werden.

§ 231. In allen Fällen der Körperverletzung kann auf Verlangen des Verletzten neben der Strafe auf eine an denselben zu erlegenden Busse bis zum Betrage von eintausend Mark erkannt werden.

Eine erkannte Busse schliesst die Geltendmachung eines weiteren Entschädigungsanspruches aus.

Für diese Busse haften die zu derselben Verurtheilten als Gesamtschuldner.

§ 232. Die Verfolgung leichter vorsätzlicher, sowie aller durch Fahrlässigkeit verursachter Körperverletzungen (§§ 223, 230) tritt nur auf Antrag ein, insofern nicht eine Körperverletzung mit Uebertretung einer Amts-, Berufs- oder Gewerbepflicht begangen worden ist.

Ist das Vergehen gegen einen Angehörigen verübt, so ist die Zurücknahme des Antrages zulässig. . . .

§ 239. Wer vorsätzlich und widerrechtlich einen Menschen einsperrt oder auf andere Weise des Gebrauches der persönlichen Freiheit beraubt, wird mit Gefängniss bestraft.

Wenn die Freiheitsentziehung über eine Woche gedauert hat, oder wenn eine schwere Körperverletzung des der Freiheit Beraubten durch die Freiheitsentziehung oder die ihm während derselben widerfahrene Behandlung verursacht worden ist, so ist auf Zuchthaus bis zu zehn Jahren zu erkennen. Sind mildernde Umstände vorhanden, so tritt Gefängnisstrafe nicht unter Einem Monat ein.

Ist der Tod des der Freiheit Beraubten durch die Freiheitsentziehung oder die ihm während derselben widerfahrene Behandlung verursacht worden, so ist auf Zuchthaus nicht unter 3 Jahren zu erkennen. Sind mildernde Umstände vorhanden, so tritt Gefängnisstrafe nicht unter drei Monaten ein.

§ 240. Wer einen anderen widerrechtlich durch Gewalt oder durch Bedröhung mit einem Verbrechen oder Vergehen zu einer Handlung, Duldung oder Unterlassung nöthigt, wird mit Gefängniß bis zu Einem Jahre oder mit Geldstrafe bis zu hundert Mark bestraft.

Der Versuch ist strafbar.

§ 266. Wegen Untreue werden mit Gefängniß, neben welchem auf Verleihung bürgerlichen Ehrenrechte erkannt werden kann, bestraft:

1. Vormünder, Kuratoren, . . . . Vollstrecker letztwilliger Verfügungen, Verwalter von Stiftungen, wenn sie absichtlich zum Nachtheile der ihrer Aufsicht vertrauten Personen oder Sachen handeln; . . .

3. Feldmesser, . . . und andere zur Betreibung ihres Gewerbes von der Öffentlichkeit verpflichtete Personen, wenn sie bei den ihnen übertragenen Geschäften diejenigen benachtheiligen, deren Geschäfte sie besorgen.

Wird die Untreue begangen, um sich oder einem Anderen einen Vermögensvorteil zu verschaffen, so kann neben der Gefängnisstrafe auf Geldstrafe dreitausend Mark erkannt werden.

§ 267. Wer in rechtswidriger Absicht eine inländische oder ausländische öffentliche Urkunde oder eine solche Privaturkunde, welche zum Beweise von Rechtsverhältnissen von Erheblichkeit ist, verfälscht oder fälschlich anfertigt und derselben zum Zwecke einer Täuschung Gebrauch macht, wird wegen Urkundenfälschung mit Gefängniß bestraft<sup>1)</sup>.

Sind mildernde Umstände vorhanden, so tritt Gefängnisstrafe ein, welche der Fälschung einer Privaturkunde nicht unter Einer Woche, bei der Fälschung einer öffentlichen Urkunde nicht unter drei Monaten betragen soll. Neben der Gefängnisstrafe kann zugleich auf Geldstrafe bis zu dreitausend Mark erkannt werden.

§ 268. Eine Urkundenfälschung, welche in der Absicht begangen wird, einem oder einem anderen einen Vermögensvorteil zu verschaffen oder einem Schaden zuzufügen, wird bestraft, wenn

1. die Urkunde eine Privaturkunde ist, mit Zuchthaus bis zu fünf Jahren, welchem auf Geldstrafe bis zu dreitausend Mark erkannt werden kann;

2. die Urkunde eine öffentliche ist, mit Zuchthaus bis zu zehn Jahren, welchem auf Geldstrafe von einhundertfünfzig bis sechstausend Mark erkannt werden kann.

§ 277. Wer unter der ihm nicht zustehenden Bezeichnung als Arzt oder als eine andere approbirte Medicinalperson oder unberechtigt unter dem Namen einer Person ein Zeugniß über seinen oder eines Anderen Gesundheitszustand ausstellt oder ein derartiges echtes Zeugniß verfälscht, und davon zur Täuschung von Behörden oder Versicherungsgesellschaften Gebrauch macht, wird mit Gefängniß bis zu Einem Jahre bestraft.

§ 278. Aerzte und andere approbirte Medicinalpersonen, welche ein unrichtiges Zeugniß über den Gesundheitszustand eines Menschen zum Gebrauche bei einer Versicherungsgesellschaft wider besseres Wissen ausstellen, werden mit Gefängniß von Einem Monat bis zu zwei Jahren bestraft.

§ 279. Wer, um eine Behörde oder eine Versicherungsgesellschaft über den Gesundheitszustand eines Menschen zu täuschen, von einem Zeugnisse der in §§ 277 und 278 bezeichneten Art Gebrauch macht, wird mit Gefängniß bis zu Einem Jahre bestraft.

---

<sup>1)</sup> Hierher gehören auch Zeugnisse von Sachverständigen (Ärzten, Pflanzern u. s. w.).

§ 280. Neben einer nach Vorschrift der §§ 267, 274, 275, 277 bis 279 erkenn-  
Gefängnisstrafe kann auf Verlust der bürgerlichen Ehrenrechte erkannt werden.

§ 300. Rechtsanwälte, Advokaten, Notare, Verteidiger in Strafsachen, Aerzte,  
ndärzte, Hebammen, Apotheker, sowie die Gehülfen dieser Personen werden<sup>1)</sup>,  
in sie unbefugt Privatgeheimnisse offenbaren, die ihnen kraft ihres Amtes, Standes  
r Gewerbes anvertraut sind, mit Geldstrafe bis zu eintausendfünfhundert Mark oder  
Gefängnis bis zu drei Monaten bestraft.

Die Verfolgung tritt nur auf Antrag ein.

§ 324<sup>2)</sup>. Wer vorsätzlich Brunnen- oder Wasserbehälter, welche zum Gebrauche  
derer dienen, oder Gegenstände, welche zum öffentlichen Verkaufe oder Verbräuche  
sind, vergiftet oder denselben Stoffe beimischt, von denen ihm bekannt ist,  
s sie die menschliche Gesundheit zu zerstören geeignet sind, ingleichen wer solche  
giftete oder mit gefährlichen Stoffen vermischte Sachen wissentlich und mit Ver-  
weigerung dieser Eigenschaft verkauft, feilhält oder sonst in Verkehr bringt, wird  
Zuchthaus bis zu zehn Jahren, wenn durch die Handlung der Tod eines Menschen  
ursacht worden ist, mit Zuchthaus nicht unter zehn Jahren oder mit lebensläng-  
em Zuchthaus bestraft.

§ 326. Ist eine der in den §§ 321—324 bezeichneten Handlungen aus Fahr-  
igkeit begangen worden, so ist, wenn durch die Handlung ein Schaden verursacht  
den ist, auf Gefängnis bis zu einem Jahre und, wenn der Tod eines Menschen  
rsacht worden ist, auf Gefängnis von Einem Monat bis zu drei Jahren zu er-  
nen<sup>3)</sup>.

§ 327. Wer die Absperrungs- oder Aufsichtsmaassregeln oder Einfuhrverbote,  
che von der zuständigen Behörde zur Verhütung des Einführens oder Verbreitens  
r ansteckenden Krankheit angeordnet worden sind, wissentlich verletzt, wird mit  
ingnis bis zu zwei Jahren bestraft.

§ 360. Mit Geldstrafe bis zu einhundertfünfzig Mark oder mit Haft wird be-  
ft: . . . .

8. wer unbefugt eine Uniform, eine Amtskleidung, ein Amtszeichen, einen Orden  
ein Ehrenzeichen trägt, oder Titel<sup>4)</sup>, Würden oder Adelsprädikate annimmt, . . .

10. wer bei Unglücksfällen oder gemeiner Gefahr oder Noth von der Polizeibe-  
de oder deren Stellvertreter zur Hilfe aufgefordert, keine Folge leistet, obwohl er  
Auforderung ohne erhebliche eigene Gefahr genügen konnte.

§ 367. Mit Geldstrafe bis zu einhundertfünfzig Mark oder mit Haft wird bestraft:

1. wer ohne Vorwissen der Behörde einen Leichnam beerdigt oder bei Seite  
rafft, oder wer unbefugt einen Theil einer Leiche aus dem Gewahrsam der dazu  
rechtigten Personen wegnimmt;

2. wer den polizeilichen Anordnungen über vorzeitige Beerdigungen entgegen-  
andelt;

3. wer ohne polizeiliche Erlaubnis Gift oder Arzneien, soweit der Handel mit  
enselben nicht freigegeben ist, zubereitet, feilhält, verkauft oder sonst an Andere  
überlässt: . . .

5. wer bei der Aufbewahrung oder bei der Beförderung von Giftwaren, Schiess-  
pulver oder Feuerwerken, oder bei der Aufbewahrung, Beförderung, Verausgabung

1) Z. B.: Heilgehülfen, Pfleger, Pflegerinnen, Wochenpflegerinnen.

2) Zu §§ 324, 326, 327, 360, 367 siehe die Anmerkung zu §§ 153—163.

3) Hierher gehört z. B. das Wegschütten nicht desinficirter Entleerungen von  
Typhuskranken u. s. w. in die Nähe von Brunnen, Wasserbehältern u. s. w.

4) Z. B.: den Titel „staatlich geprüfter Heilgehülfe und Masseur“.

oder Verwendung von Sprengstoffen oder anderen explodirenden Stoffen, oder die Ausübung der Befugnisse zur Zubereitung oder Feilhaltung dieser Gegenstände, so wie die Arzeneien die deshalb ergangenen Verordnungen nicht befolgt.

## 2. Strafprocessordnung vom 1. Februar 1877.

§ 81. Zur Vorbereitung eines Gutachtens über den Geisteszustand des Angeklagten kann das Gericht auf Antrag eines Sachverständigen nach Anhörung des Verteidigers anordnen, dass der Angeklagte in eine öffentliche Irrenanstalt gebracht und dort beobachtet werde.

Dem Angeklagten, welcher einen Verteidiger nicht hat, ist ein solcher bestellt.

Gegen den Beschluss findet sofortige Beschwerde statt. Dieselbe hat keine aufschiebende Wirkung.

Die Verwahrung in der Anstalt darf die Dauer von sechs Wochen nicht übersteigen.

§ 157. Sind Anhaltspunkte dafür vorhanden, dass Jemand eines natürlichen Todes gestorben ist, oder wird der Leichnam eines Unbekannten gefunden, sind die Polizei- und Gemeindebehörden zur sofortigen Anzeige an die Staatsanwaltschaft oder an den Amtsrichter verpflichtet.

Die Beerdigung darf nur auf Grund einer schriftlichen Genehmigung der Staatsanwaltschaft oder des Amtsrichters erfolgen.

§ 485. An schwangeren oder geisteskranken Personen darf ein Todesurtheil nicht vollstreckt werden.

§ 487. Die Vollstreckung einer Freiheitsstrafe ist aufzuschieben, wenn das Urtheil in Geisteskrankheit verfällt.

Dasselbe gilt bei anderen Krankheiten, wenn von der Vollstreckung eine Lebensgefahr für den Verurtheilten zu besorgen steht.

Die Strafvollstreckung kann auch dann aufgeschoben werden, wenn der Verurtheilte in einem körperlichen Zustande befindet, bei welchem eine sofortige Vollstreckung mit der Einrichtung der Strafanstalt unverträglich ist.

§ 493. Ist der Verurtheilte nach Beginn der Strafvollstreckung wegen Krankheit in eine von der Strafanstalt getrennte Krankenanstalt gebracht worden, so rechnet die Dauer des Aufenthalts in der Krankenanstalt in die Strafzeit einzurechnen, wenn der Verurtheilte mit der Absicht, die Strafvollstreckung zu unterbrechen, die Krankheit herbeigeführt hat.

Die Staatsanwaltschaft hat im letzteren Falle eine Entscheidung des Gerichts herbeizuführen.

## B. Bürgerliches Gesetzbuch. Einführungsgesetz zu dem Bürgerlichen Gesetzbuche, Civilprocessordnung.

### 1. Bürgerliches Gesetzbuch vom 18. August 1896.

§ 6. Entmündigt kann werden:

1. wer in Folge von Geisteskrankheit oder von Geistesschwäche seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag; . . . . .

3. wer in Folge von Trunksucht seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag oder sich oder seine Familie der Gefahr des Nothstandes aussetzt oder die Sicherheit Anderer gefährdet.

Die Entmündigung ist wieder aufzuheben, wenn der Grund der Entmündigung fällt.

§ 104. Geschäftsunfähig ist:

1. wer nicht das siebente Lebensjahr vollendet hat;
2. wer sich in einem die freie Willensbestimmung ausschliessenden Zustand krankhafter Störung der Geistesthätigkeit befindet, sofern nicht der Zustand seiner Natur nach ein vorübergehender ist;
3. wer wegen Geisteskrankheit entmündigt ist.

§ 105. Die Willenserklärung eines Geschäftsunfähigen ist nichtig.

Nichtig ist auch eine Willenserklärung, die im Zustande der Bewusstlosigkeit oder vorübergehender Störung der Geistesthätigkeit abgegeben wird.

§ 114. Wer wegen Geisteschwäche oder wegen Trunksucht entmündigt oder nach § 1906 unter vorläufige Vormundschaft gestellt ist, steht in Ansehung der Geschäftsfähigkeit einem Minderjährigen gleich, der das siebente Lebensjahr vollendet hat.

§ 115. Wird ein die Entmündigung aussprechender Beschluss in Folge einer Anfechtungsklage aufgehoben, so kann die Wirksamkeit der von oder gegenüber dem Entmündigten vorgenommenen Rechtsgeschäfte nicht auf Grund des Beschlusses in Frage gestellt werden. Auf die Wirksamkeit der von oder gegenüber dem gesetzlich vertretenen vorgenommenen Rechtsgeschäfte hat die Aufhebung keinen Einfluss.

Diese Vorschriften finden entsprechende Anwendung, wenn im Falle einer vorübergehenden Vormundschaft der Antrag auf Entmündigung zurückgenommen oder rechtskräftig abgewiesen oder der die Entmündigung aussprechende Beschluss in Folge einer Anfechtungsklage aufgehoben wird.

§ 196. In zwei Jahren verjähren die Ansprüche: . . .

11. der öffentlichen Anstalten, welche der Verpflegung oder Heilung dienen, sowie der Inhaber von Privatanstalten solcher Art für Gewährung von Verpflegung oder Heilung und für die damit zusammenhängenden Aufwendungen:

12. derjenigen, welche Personen zur Verpflegung oder zur Erziehung aufnehmen, für Leistungen und Aufwendungen der in No. 11 bezeichneten Art: . . .

14. der Aerzte, insbesondere auch der Wundärzte, Geburtshelfer, Zahnärzte und Thierärzte, sowie der Hebammen für ihre Dienstleistungen, mit Einschluss der Ausgaben:

§ 198. Die Verjährung beginnt mit der Entstehung des Anspruchs. Geht der Anspruch auf ein Unterlassen, so beginnt die Verjährung mit der Zuwiderhandlung.

§ 199. Kann der Berechtigte die Leistung erst verlangen, wenn er dem Verpflichteten gekündigt hat, so beginnt die Verjährung mit dem Zeitpunkte, von welchem an die Kündigung zulässig ist. Hat der Verpflichtete die Leistung erst zu bewirken, wenn seit der Kündigung eine bestimmte Frist verstrichen ist, so wird der Beginn der Verjährung um die Dauer der Frist hinausgeschoben.

§ 200. Hängt die Entstehung eines Anspruchs davon ab, dass der Berechtigte von einem ihm zustehenden Anfechtungsrechte Gebrauch macht, so beginnt die Verjährung mit dem Zeitpunkte, von welchem an die Anfechtung zulässig ist. Dies gilt jedoch nicht, wenn die Anfechtung sich auf ein familienrechtliches Verhältniss bezieht.

§ 201. Die Verjährung der in den §§ 196, 197 bezeichneten Ansprüche beginnt mit dem Schlusse des Jahres, in welchem der nach den §§ 198 bis 200 maassgebende Zeitpunkt eintritt. Kann die Leistung erst nach Ablauf einer über diesen Zeitpunkt hinausreichenden Frist verlangt werden, so beginnt die Verjährung mit dem Schlusse des Jahres, in welchem die Frist abläuft.

§ 202. Die Verjährung ist gehemmt, so lange die Leistung gestundet oder der



Verpflichtete aus einem anderen Grunde vorübergehend zur Verweigerung der Leistung berechtigt ist.

Diese Vorschrift findet keine Anwendung auf die Einrede des Zurückbehaltungsrechts, des nicht erfüllten Vertrags, der mangelnden Sicherheitsleistung, der Vorausklage, sowie auf die nach § 770 dem Bürgen und nach den §§ 2014, 2015 dem Erben zustehenden Einreden.

§ 203. Die Verjährung ist gehemmt, so lange der Berechtigte durch Stillstand der Rechtspflege innerhalb der letzten sechs Monate der Verjährungsfrist an der Rechtsverfolgung verhindert ist.

Das Gleiche gilt, wenn eine solche Verhinderung in anderer Weise durch höhere Gewalt herbeigeführt wird.

§ 205. Der Zeitraum, während dessen die Verjährung gehemmt ist, wird in die Verjährungsfrist nicht eingerechnet.

§ 208. Die Verjährung wird unterbrochen, wenn der Verpflichtete dem Berechtigten gegenüber den Anspruch durch Abschlagzahlung, Zinszahlung, Sicherheitsleistung oder in anderer Weise anerkennt.

§ 209. Die Verjährung wird unterbrochen, wenn der Berechtigte auf Befriedigung oder auf Feststellung des Anspruchs, auf Ertheilung der Vollstreckungsklausel oder auf Erlassung des Vollstreckungsurtheils Klage erhebt.

Der Erhebung der Klage stehen gleich:

1. die Zustellung eines Zahlungsbefehls im Mahnverfahren;
2. die Anmeldung des Anspruchs im Konkurse;
3. die Geltendmachung der Aufrechnung des Anspruchs im Prozesse;
4. die Streitverkündung in dem Prozesse, von dessen Ausgange der Anspruch

abhängt:

5. die Vornahme einer Vollstreckungshandlung und, soweit die Zwangsvollstreckung den Gerichten oder anderen Behörden zugewiesen ist, die Stellung des Antrags auf Zwangsvollstreckung.

§ 217. Wird die Verjährung unterbrochen, so kommt die bis zur Unterbrechung verstrichene Zeit nicht in Betracht; eine neue Verjährung kann erst nach der Beendigung der Unterbrechung beginnen.

§ 222. Nach der Vollendung der Verjährung ist der Verpflichtete berechtigt, die Leistung zu verweigern.

Das zur Befriedigung eines verjährten Anspruchs Geleistete kann nicht zurückgefordert werden, auch wenn die Leistung in Unkenntniss der Verjährung bewirkt worden ist. Das Gleiche gilt von einem vertragsmässigen Anerkenntnisse sowie einer Sicherheitsleistung des Verpflichteten.

§ 254. Hat bei der Entstehung des Schadens ein Verschulden des Beschädigten mitgewirkt, so hängt die Verpflichtung zum Ersatze sowie der Umfang des zu leistenden Ersatzes von den Umständen, insbesondere davon ab, inwieweit der Schaden vorwiegend von dem einen oder dem anderen Theile verursacht worden ist.

Dies gilt auch dann, wenn sich das Verschulden des Beschädigten darauf beschränkt, dass er unterlassen hat, den Schuldner auf die Gefahr eines ungewöhnlich hohen Schadens aufmerksam zu machen, die der Schuldner weder kannte noch kennen musste, oder dass er unterlassen hat, den Schaden abzuwenden oder zu mindern. Die Vorschrift des § 278 findet entsprechende Anwendung.

§ 278. Der Schuldner hat ein Verschulden seines gesetzlichen Vertreters und der Personen, deren er sich zur Erfüllung seiner Verbindlichkeit bedient, in gleichem Umfange zu vertreten wie eigenes Verschulden.

§ 394. Soweit eine Forderung der Pfändung nicht unterworfen ist, findet die

seiner Beschaffenheit zustehenden Rechte verzichtet hat.

16. Der zur Dienstleistung Verpflichtete wird des Anspruchs auf die Vergütung dadurch verlustig, dass er für eine verhältnissmässig nicht erhebliche Verhinderung einen in seiner Person liegenden Grund ohne sein Verschulden an der Leistung verhindert wird. Er muss sich jedoch den Betrag anrechnen lassen, ihm für die Zeit der Verhinderung aus einer auf Grund gesetzlicher Verordnungen bestehenden Kranken- oder Unfallversicherung zukommt.

17. Ist bei einem dauernden Dienstverhältniss, welches die Erwerbsfähigkeit des Verpflichteten vollständig oder hauptsächlich in Anspruch nimmt, der Verpflichtete in die häusliche Gemeinschaft aufgenommen, so hat der Dienstberechtigte während der Erkrankung die erforderliche Verpflegung und ärztliche Behandlung ausser von sechs Wochen, jedoch nicht über die Beendigung des Dienstverhältnisses hinaus, zu gewähren, sofern nicht die Erkrankung von dem Verpflichteten selbst oder durch grobe Fahrlässigkeit herbeigeführt worden ist. Die Verpflegung und ärztliche Behandlung kann durch Aufnahme des Verpflichteten in eine Krankenanstalt bewährt werden. Die Kosten können auf die für die Zeit der Erkrankung gewöhnliche Vergütung angerechnet werden. Wird das Dienstverhältniss wegen der Krankheit von dem Dienstberechtigten nach § 626 gekündigt, so bleibt die dadurch verursachte Beendigung des Dienstverhältnisses ausser Betracht.

Die Verpflichtung des Dienstberechtigten tritt nicht ein, wenn für die Verpflegung und ärztliche Behandlung durch eine Versicherung oder durch eine Einrichtung der öffentlichen Krankenpflege Vorsorge getroffen ist.

18. Der Dienstberechtigte hat Räume, Vorrichtungen oder Geräthschaften, die zur Verrichtung der Dienste zu beschaffen hat, so einzurichten und zu unterhalten, dass die Dienstleistungen, die unter seiner Anordnung oder seiner Leitung vorzunehmen sind, so zu regeln, dass der Verpflichtete gegen Gefahr für Leben und Gesundheit soweit geschützt ist, als die Natur der Dienstleistung es gestattet.

Wenn der Verpflichtete in die häusliche Gemeinschaft aufgenommen, so hat der Dienstberechtigte in Ansehung des Wohn- und Schlafrumes, der Verpflegung sowie der Ruhe- und Erholungszeit diejenigen Einrichtungen und Anordnungen zu treffen,

bestimmt sich der Zeitabschnitt, für den sie im Voraus zu entrichten ist, an Beschaffenheit und dem Zwecke der Rente.

Hat der Gläubiger den Beginn des Zeitabschnittes erlebt, für den die Rente im Voraus zu entrichten ist, so gebührt ihm der volle auf den Zeitabschnitt Betrag.

§ 823. Wer vorsätzlich oder fahrlässig das Leben, den Körper, die Gesundheit, die Freiheit, das Eigenthum oder ein sonstiges Recht eines Anderen widerrechtlich verletzt, ist dem Anderen zum Ersatze des daraus entstehenden Schadens verpflichtet.

Die gleiche Verpflichtung trifft denjenigen, welcher gegen ein den Schutz des Anderen bezweckendes Gesetz verstößt. Ist nach dem Inhalte des Gesetzes ein Verstoß gegen dieses auch ohne Verschulden möglich, so tritt die Ersatzpflicht im Falle des Verschuldens ein.

§ 825. Wer eine Frauensperson durch Hinterlist, durch Drohung oder Missbrauch eines Abhängigkeitsverhältnisses zur Gestattung der außerehelichen Wohnung bestimmt, ist ihr zum Ersatze des daraus entstehenden Schadens verpflichtet.

§ 842. Die Verpflichtung zum Schadenersatze wegen einer gegen die gerichteten unerlaubten Handlung erstreckt sich auf die Nachtheile, welche die Handlung für den Erwerb oder das Fortkommen des Verletzten herbeiführt.

§ 843. Wird in Folge einer Verletzung des Körpers oder der Gesundheit die Erwerbsfähigkeit des Verletzten aufgehoben oder gemindert oder tritt eine Verletzung seiner Bedürfnisse ein, so ist dem Verletzten durch Entrichtung einer Geldrente Schadenersatz zu leisten.

Auf die Rente finden die Vorschriften des § 760 Anwendung. Ob, in welcher Art und für welchen Betrag der Ersatzpflichtige Sicherheit zu leisten hat, bestimmt sich nach den Umständen.

Statt der Rente kann der Verletzte eine Abfindung in Kapital verlangen, wenn ein wichtiger Grund vorliegt.

Der Anspruch wird nicht dadurch ausgeschlossen, dass ein Anderer dem Verletzten Unterhalt zu gewähren hat.

§ 844. Im Falle der Tödtung hat der Ersatzpflichtige die Kosten der Beerdigung denjenigen zu ersetzen, welchem die Verpflichtung obliegt, diese Kosten zu bezahlen.

Stand der Getödtete zur Zeit der Verletzung zu einem Dritten in einem Verhältnisse, vermöge dessen er diesem gegenüber kraft Gesetzes unterhaltspflichtig oder unterhaltspflichtig werden konnte, und ist dem Dritten in Folge der Tödtung das Recht auf den Unterhalt entzogen, so hat der Ersatzpflichtige dem Dritten durch Entrichtung einer Geldrente insoweit Schadenersatz zu leisten, als der Getödtete während der muthmasslichen Dauer seines Lebens zur Gewährung des Unterhalts verpflichtet gewesen sein würde: die Vorschriften des § 843 Abs. 2 bis 4 finden entsprechende Anwendung. Die Ersatzpflicht tritt auch dann ein, wenn der Dritte zur Zeit der Verletzung erzeugt, aber noch nicht geboren war.

§ 845. Im Falle der Tödtung, der Verletzung des Körpers oder der Gesundheit sowie im Falle der Freiheitsentziehung hat der Ersatzpflichtige, wenn der Verletzte kraft Gesetzes einem Dritten zur Leistung von Diensten in dessen Hauswesen oder in einem Gewerbe verpflichtet war, dem Dritten für die entgehenden Dienste durch Entrichtung einer Geldrente Ersatz zu leisten. Die Vorschriften des § 843 Abs. 2 bis 4 finden entsprechende Anwendung.

§ 846. Hat in den Fällen der §§ 844, 845 bei der Entstehung des Schadens der Dritte erlitten, ein Verschulden des Verletzten mitgewirkt, so finden auf den Anspruch des Dritten die Vorschriften des § 254 Anwendung.

§ 847. Im Falle der Verletzung des Körpers oder der Gesundheit sowie

**e der Freiheitsentziehung** kann der Verletzte auch wegen des Schadens, der nicht **nögensschaden** ist, eine billige Entschädigung in Geld verlangen. Der **Ansch** ist nicht übertragbar und geht nicht auf die Erben über, es sei denn, dass er **ch Vertrag** anerkannt oder dass er rechtshängig geworden ist.

Ein gleicher Anspruch steht einer Frauensperson zu, gegen die ein Verbrechen **Vergehen** wider die Sittlichkeit begangen oder die durch Hinterlist, durch **hung** oder unter Missbrauch eines Abhängigkeitsverhältnisses zur Gestattung der **erehelichen** Beiwohnung bestimmt wird.

§ 1906. Ein Volljähriger, dessen Entmündigung beantragt ist, kann unter **vorige Vormundschaft** gestellt werden, wenn das Vormundschaftsgericht es zur **Abdung** einer erheblichen Gefährdung der Person oder des Vermögens des Volljährigen für erforderlich erachtet.

§ 1907. Die Vorschriften über die Berufung zur Vormundschaft gelten nicht **die vorläufige Vormundschaft**.

§ 1908. Die vorläufige Vormundschaft endet mit der Rücknahme oder der **tskräftigen** Abweisung des Antrags auf Entmündigung.

Erfolgt die Entmündigung, so endet die vorläufige Vormundschaft, wenn auf **nd der Entmündigung** ein Vormund bestellt wird.

Die vorläufige Vormundschaft ist von dem Vormundschaftsgericht aufzuheben, **in der Mündel** des vorläufigen vormundschaftlichen Schutzes nicht mehr **beftig** ist.

§ 1910. Ein Volljähriger, der nicht unter Vormundschaft steht, kann einen **eger** für seine Person und sein Vermögen erhalten, wenn er in Folge körperlicher **brechen**, insbesondere weil er taub, blind oder stumm ist, seine Angelegenheiten, **cht zu besorgen** vermag.

Vermag ein Volljähriger, der nicht unter Vormundschaft steht, in Folge geistiger **der körperlicher** Gebrechen einzelne seiner Angelegenheiten oder einen bestimmten **kreis** seiner Angelegenheiten, insbesondere seine Vermögensangelegenheiten, nicht zu **besorgen**, so kann er für diese Angelegenheiten einen Pfleger erhalten.

Die Pflęgschaft darf nur mit Einwilligung des Gebrechlichen angeordnet werden, **es sei denn**, dass eine Verständigung mit ihm nicht möglich ist.

§ 2229. Wer in der Geschäftsfähigkeit beschränkt ist, bedarf zur Errichtung eines Testaments nicht der Zustimmung seines gesetzlichen Vertreters.

Ein Minderjähriger kann ein Testament erst errichten, wenn er das 16. Lebensjahr vollendet hat.

Wer wegen Geistesschwäche, Verschwendung oder Trunksucht entmündigt ist, **kann ein Testament** nicht errichten. Die Unfähigkeit tritt schon mit der Stellung des **Antrags** ein, auf Grund dessen die Entmündigung erfolgt.

§ 2230. Hat ein Entmündigter ein Testament errichtet, bevor der die Entmündigung aussprechende Beschluss unanfechtbar geworden ist, so steht die Entmündigung der Gültigkeit des Testaments nicht entgegen, wenn der Entmündigte **noch vor dem** Eintritte der Unanfechtbarkeit stirbt.

Das Gleiche gilt, wenn der Entmündigte nach der Stellung des Antrags auf **Wiederaufhebung** der Entmündigung ein Testament errichtet und die Entmündigung **dem Antrage** gemäss wieder aufgehoben wird.

§ 2231. Ein Testament kann in ordentlicher Form errichtet werden:

1. vor einem Richter oder vor einem Notar;
2. durch eine von dem Erblasser unter Angabe des Ortes und Tages **eigenhändig** geschriebene und unterschriebene Erklärung.

## 2. Einführungsgesetz zum bürgerlichen Gesetzbuche 18. August 1896.

Artikel 42. Das Gesetz, betreffend die Verbindlichkeit zum Schaden bei dem Betriebe von Eisenbahnen, Bergwerken u. s. w. herbeigeführte und Körperverletzungen, vom 7. Juni 1871 (R.-G.-Bl., S. 207) wird dahin

I. An die Stelle des § 3 treten folgende Vorschriften:

§ 3. Im Falle der Tödtung ist der Schadenersatz (§§ 1 und 2) der Kosten einer versuchten Heilung sowie des Vermögensnachtheils zu leisten, den der Getödtete dadurch erlitten hat, dass während der Krankheit seine Fähigkeit aufgehoben oder gemindert oder eine Vermehrung seiner Bedürfnisse war. Der Ersatzpflichtige hat ausserdem die Kosten der Beerdigung des Getödteten zu ersetzen, dem die Verpflichtung obliegt, diese Kosten zu tragen.

Stand der Getödtete zur Zeit der Verletzung zu einem Dritten in Verhältnisse, vermöge dessen er diesem gegenüber kraft Gesetzes Unterhalts- oder unterhaltspflichtig werden konnte, und ist dem Dritten in Folge des Todes das Recht auf den Unterhalt entzogen, so hat der Ersatzpflichtige den soweit Schadenersatz zu leisten, als der Getödtete während der muthmasslichen Dauer seines Lebens zur Gewährung des Unterhalts verpflichtet gewesen wäre. Die Ersatzpflicht tritt auch dann ein, wenn der Dritte zur Zeit der Verletzung aber noch nicht geboren war.

§ 3a. Im Falle einer Körperverletzung ist der Schadenersatz (§§ 1 und 2) der Ersatz der Kosten der Heilung sowie des Vermögensnachtheils zu leisten, den der Verletzte dadurch erleidet, dass in Folge der Verletzung zeitweise oder dauernd die Erwerbsfähigkeit aufgehoben oder gemindert oder eine Vermehrung seiner Bedürfnisse eingetreten ist.

II. Im § 5 werden die Worte: „der in den §§ 1—3 enthaltenen Bestimmungen“ ersetzt durch die Worte:

„der in den §§ 1 bis 3a enthaltenen Bestimmungen“.

III. An die Stelle der §§ 7, 8, 9 treten folgende Vorschriften:

§ 7. Der Schadenersatz wegen Aufhebung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit und wegen Vermehrung der Bedürfnisse des Verletzten sowie der nach dem Tode eines Dritten zu gewährende Schadenersatz ist für die Zukunft durch eine Geldrente zu leisten.

Die Vorschriften des § 843 Abs. 2 bis 4 des Bürgerlichen Gesetzbuchs und § 648 No. 6 der Civilprocessordnung finden entsprechende Anwendung. Dasselbe gilt für die dem Verletzten zu entrichtende Geldrente von der Vorschrift des § 843 Abs. 3 und für die dem Dritten zu entrichtende Geldrente von der Vorschrift des § 749 Abs. 1 No. 2 der Civilprozessordnung.

Ist bei der Verurtheilung des Verpflichteten zur Entrichtung einer Geldrente nicht auf Sicherheitsleistung erkannt worden, so kann der Berechtigte Sicherheitsleistung verlangen, wenn die Vermögensverhältnisse des Verpflichteten erheblich verschlechtert haben: unter der gleichen Voraussetzung kann der Verletzte die Höhe der in dem Urtheile bestimmten Sicherheit verlangen.

§ 8. Die Forderungen auf Schadenersatz (§§ 1 bis 3a) verjähren in drei Jahren von dem Unfall an. Gegen denjenigen, welchem der Getödtete Unterhalt hatte (§ 3 Abs. 2), beginnt die Verjährung mit dem Tode. Im Uebrigen gelten die Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuchs über die Verjährung.

§ 9. Die gesetzlichen Vorschriften, nach welchen ausser den in dem Bürgerlichen Gesetzbuche vorgesehenen Fällen der Unternehmer einer in den §§ 1, 2 bezeichneten

Person, insbesondere wegen eines eigenen Verschuldens, für den bei dem Unfall durch Tödtung oder Körperverletzung eines Menschen entstandenen Schaden, bleiben unberührt.

§ 67. Unberührt bleiben die landesgesetzlichen Vorschriften, welche dem Angehörigen.

nach landesgesetzlicher Vorschrift wegen Beschädigung eines Grundstücks Anspruch auf eine Entschädigung zu gewähren, so finden die Vorschriften der §§ 53 Anwendung, soweit nicht die Landesgesetze ein Anderes bestimmen.

§ 87. Unberührt bleiben die landesgesetzlichen Vorschriften, welche die Rechte von Schenkungen an Mitglieder religiöser Orden oder ordensähnlicher Vereinigungen von staatlicher Genehmigung abhängig machen.

Unberührt bleiben die landesgesetzlichen Vorschriften, nach welchen Mitglieder von Orden oder ordensähnlicher Congregationen nur mit staatlicher Genehmigung Rechte erwerben können. Die Vorschriften des Artikel 86 Satz 2 finden entsprechende Anwendung.

Rechte solcher religiöser Orden oder ordensähnlicher Congregationen, bei denen die Mitgliedschaft auf Lebenszeit oder auf unbestimmte Zeit nicht abgelegt werden, unterliegen in den Abs. 1, 2 bezeichneten Vorschriften.

§ 95. Unberührt bleiben die landesgesetzlichen Vorschriften, welche dem Arbeitgeber angehören. Dies gilt insbesondere auch von den Vorschriften über die Haftungspflicht desjenigen, welcher Gesinde zum wiederrechtlichen Verlassen verleitet oder in Kenntniss eines noch bestehenden Gesindeverhältnisses tritt, ohne ein unrichtiges Dienstzeugniss erteilt.

Vorschriften der §§ 104—115, 131, 278, 617—619, 624, 831, des § 840 Abs. 2 des Bürgerlichen Gesetzbuchs finden Anwendung, die Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuchs nur insoweit, als die Landesgesetze dem Gesinde nicht weitergehende Rechte gewähren.

Die Aufsicht über das Gesinde steht dem Dienstberechtigten dem Gesinde gegenüber.

§ 136. Unberührt bleiben die landesgesetzlichen Vorschriften, nach welchen der Vorstand einer unter staatlicher Verwaltung oder Aufsicht stehenden Anstalt oder Verpflegungsanstalt oder ein Beamter alle oder einzelne Rechte und Pflichten des Vormundes für diejenigen Minderjährigen hat, welche in der Anstalt oder unter der Aufsicht des Vorstandes oder des Beamten in einer von ihm ausgehenden Familie oder Anstalt erzogen oder verpflegt werden, und der Vorstand der Anstalt oder der Beamte auch nach der Beendigung der Erziehung oder der Verlassenschaft zur Volljährigkeit des Mündels diese Rechte und Pflichten behält, unberührt das Befugniss des Vormundschaftsgerichts, einen anderen Vormund zu bestellen.

Die Vorschriften der Nr. 1 bei unehelichen Minderjährigen auch dann gelten, wenn der Minderjährige unter der Aufsicht des Vorstandes oder des Beamten in der mütterlichen Familie oder verpflegt werden:

Der Vorstand einer unter staatlicher Verwaltung oder Aufsicht stehenden Anstalt oder ein von ihm bezeichneter Angestellter der Anstalt oder ein Beamter vor den nach § 1776 des Bürgerlichen Gesetzbuchs als Vormund der Minderjährigen zum Vormunde der in Nr. 1, 2 bezeichneten Minderjährigen bestellt werden kann:

1. In dem Falle einer nach den Vorschriften der Nr. 1, 3 stattfindenden Beauftragung eines Gegenvormunds nicht zu bestellen ist und dem Vormunde die nach dem Bürgerlichen Gesetzbuchs zulässigen Befreiungen zustehen.

Artikel 155. Wer zur Zeit des Inkrafttretens des Bürgerlichen Gesetzbuchs wegen Geisteskrankheit entmündigt ist, steht von dieser Zeit an einem nach den Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuchs wegen Geisteskrankheit Entmündigten gleich.

### 3. Civilprozessordnung vom 30. Januar 1877 und 17. Mai 1898.

§ 383. Zur Verweigerung des Zeugnisses sind berechtigt: . . .

5. Personen, welchen kraft ihres Amtes, Standes oder Gewerbes<sup>1)</sup> Thatsachen anvertraut sind, deren Geheimhaltung durch die Natur derselben oder durch gesetzliche Vorschrift geboten ist, inbetreff der Thatsachen, auf welche die Verpflichtung zur Verschwiegenheit sich bezieht . . .

Die Vernehmung der Nr. 4, 5 bezeichneten Personen ist, auch wenn das Zeugnis nicht verweigert wird, auf Thatsachen nicht zu richten, in Ansehung welcher erhellt, dass ohne Verletzung der Verpflichtung zur Verschwiegenheit ein Zeugnis nicht abgelegt werden kann.

§ 385. . . .

Die im § 383 Nr. 4, 5 bezeichneten Personen dürfen das Zeugnis nicht verweigern, wenn sie von der Verpflichtung zur Verschwiegenheit entbunden sind.

§ 645. Die Entmündigung wegen Geisteskrankheit oder wegen Geisteschwäche erfolgt durch Beschluss des Amtsgerichts.

Der Beschluss wird nur auf Antrag erlassen.

§ 646. Der Antrag kann von dem Ehegatten, einem Verwandten oder demjenigen gesetzlichen Vertreter des zu Entmündigenden gestellt werden, welchem die Sorge für die Person zusteht. Gegen eine Person, welche unter elterlicher Gewalt oder unter Vormundschaft steht, kann der Antrag von einem Verwandten nicht gestellt werden. Gegen eine Ehefrau kann der Antrag von einem Verwandten nur gestellt werden, wenn auf Aufhebung der ehelichen Gemeinschaft erkannt ist, oder wenn der Ehemann die Ehefrau verlassen hat, oder wenn der Ehemann zur Stellung des Antrages dauernd ausser Stande oder sein Aufenthalt dauernd unbekannt ist.

In allen Fällen ist auch der Staatsanwalt bei dem vorgesetzten Landgerichte zur Stellung des Antrages befugt.

§ 656. Mit Zustimmung des Antragstellers kann das Gericht anordnen, dass der zu Entmündigende auf die Dauer von höchstens sechs Wochen in eine Heilanstalt gebracht werde, wenn dies nach ärztlichem Gutachten zur Feststellung des Geisteszustandes geboten erscheint und ohne Nachtheil für den Gesundheitszustand des zu Entmündigenden ausführbar ist. Vor der Entscheidung sind die im § 646 bezeichneten Personen soweit thunlich zu hören.

Gegen den Beschluss, durch welchen die Unterbringung angeordnet wird, steht dem zu Entmündigenden, dem Staatsanwalt und binnen der für den zu Entmündigenden laufenden Frist den sonstigen im § 646 bezeichneten Personen die sofortige Beschwerde zu.

§ 906. Gegen einen Schuldner, dessen Gesundheit durch die Vollstreckung der Haft einer nahen und erheblichen Gefahr ausgesetzt wird, darf, so lange dieser Zustand dauert, die Haft nicht vollstreckt werden.

1) Hierher gehören auch die Personen, die Kranke behandeln und pflegen.

reheliche Vater,  
e bei der Niederkunft zugegen gewesene Hebamme,  
er dabei zugegen gewesene Arzt,  
de andere dabei zugegen gewesene Person<sup>1)</sup>),  
e Mutter, sobald sie dazu im Stande ist.

h tritt die Verpflichtung der in der vorstehenden Reihenfolge später ge-  
ersonen nur dann ein, wenn ein früher genannter Verpflichteter nicht vor-  
er derselbe an der Erstattung der Anzeige verhindert ist.

Die Anzeige ist mündlich von dem Verpflichteten selbst oder durch eine  
eigener Wissenschaft unterrichtete Person zu machen<sup>2)</sup>).

Bei Geburten, welche sich in öffentlichen<sup>3)</sup> Entbindungs-, Hebammen-,  
Gefangenen- und ähnlichen Anstalten, sowie in Kasernen ereignen, trifft die  
ng zur Anzeige ausschliesslich den Vorsteher der Anstalt oder den von  
digen Behörde ermächtigten Beamten. Es genügt eine schriftliche Anzeige  
er Form.

Der Standesbeamte ist verpflichtet, sich von der Richtigkeit der Anzeige  
20), wenn er dieselbe zu bezweifeln Anlass hat, in geeigneter Weise Ueber-  
1 verschaffen.

Die Eintragung des Geburtsfalles soll enthalten:  
or- und Familiennamen, Stand oder Gewerbe und Wohnort des Anzeigenden;  
rt, Tag und Stunde der Geburt;  
eschlecht des Kindes;  
ornamen des Kindes;  
or- und Familiennamen, Religion, Stand oder Gewerbe und Wohnort der

zwillings- oder Mehrgeburten ist die Eintragung für jedes Kind besonders  
au zu bewirken, dass die Zeitfolge der verschiedenen Geburten ersichtlich ist.

B. Pflegerin, Wochenpflegerin. Sie ist nur zur Anzeige verpflichtet,  
bei der Niederkunft zugegen gewesen ist und wenn Vater, Hebamme und



Standen die Vornamen des Kindes zur Zeit der Anzeige noch nicht fest, so dieselben nachträglich und längstens binnen zwei Monaten nach der Geburt zeigen. Ihre Eintragung erfolgt am Rande der ersten Eintragung.

§ 23. Wenn ein Kind todtgeboren oder in der Geburt verstorben ist, so die Anzeige spätestens am nächstfolgenden Tage geschehen. Die Eintragung alsdann mit dem im § 22 unter No. 1 bis 3 und 5 angegebenen Inhalte in das Sterberegister zu machen.

§ 50. Der Standesbeamte soll ohne Aufgebot die Eheschliessung nur vornehmen, wenn ihm ärztlich bescheinigt wird, dass die lebensgefährliche Erkrankung einer Verlobten den Aufschub der Eheschliessung nicht gestattet.

§ 56. Jeder Sterbefall ist spätestens am nächstfolgenden Wochentag dem Standesbeamten des Bezirks, in welchem der Tod erfolgt ist, anzuzeigen.

§ 57. Zu der Anzeige verpflichtet ist das Familienhaupt und wenn ein solches nicht vorhanden oder an der Anzeige behindert ist, Derjenige, in dessen Wohnung oder Behausung der Sterbefall sich ereignet hat.

§ 58. Die §§ 19 bis 21 kommen auch in Beziehung auf die Anzeige der Todesfälle in Anwendung.

Findet eine amtliche Ermittlung über den Todesfall statt, so erfolgt die Eintragung auf Grund der schriftlichen Mittheilung der zuständigen Behörde.

§ 59. Die Eintragung des Sterbefalles soll enthalten:

1. Vor- und Familiennamen, Stand oder Gewerbe und Wohnort des Anzeigenden;
2. Ort, Tag und Stunde des erfolgten Todes;
3. Vor- und Familiennamen, Religion, Alter, Stand oder Gewerbe, Wohnort und Geburtsort des Verstorbenen;
4. Vor- und Familiennamen seines Ehegatten oder Vermerk, dass der Verstorbene ledig gewesen sei;
5. Vor- und Familiennamen, Stand oder Gewerbe und Wohnort der Eltern des Verstorbenen.

Soweit diese Verhältnisse unbekannt sind, ist dies bei der Eintragung zu vermerken.

§ 60. Ohne Genehmigung der Ortspolizeibehörde darf keine Beerdigung vor der Eintragung des Sterbefalles in das Sterberegister stattfinden. Ist die Beerdigung dieser Vorschrift entgegen geschehen, so darf die Eintragung des Sterbefalles nur mit Genehmigung der Aufsichtsbehörde nach Ermittlung des Sachverhaltes erfolgen.

§ 67. Ein Geistlicher oder anderer Religionsdiener, welcher zu den religiösen Feierlichkeiten einer Eheschliessung schreitet, bevor ihm nachgewiesen worden ist, dass die Ehe vor dem Standesbeamten geschlossen sei, wird mit Geldstrafe bis dreihundert Mark oder mit Gefängniss bis zu drei Monaten bestraft.

Eine strafbare Handlung ist nicht vorhanden, wenn der Geistliche oder Religionsdiener im Falle einer lebensgefährlichen, einen Aufschub nicht gestattenden Erkrankung eines der Verlobten zu den religiösen Feierlichkeiten der Eheschliessung schreitet.

§ 68. Wer den in den §§ 17 bis 20, 22 bis 24, 56 bis 58 vorgeschriebenen Anzeigepflichten nicht nachkommt, wird mit Geldstrafe bis zu einhundertfünfzig Mark oder mit Haft bestraft. Die Strafverfolgung tritt nicht ein, wenn die Anzeige, obwohl nicht von den zunächst Verpflichteten, doch rechtzeitig gemacht worden ist. . . .

Die Standesbeamten sind ausserdem befugt, die zu Anzeigen oder zu sonstigen Handlungen auf Grund dieses Gesetzes Verpflichteten hierzu durch Geldstrafen zu zuthun, welche für jeden einzelnen Fall den Betrag von fünfzehn Mark nicht übersteigen dürfen.

Anwendung, als dasselbe ausdrückliche Bestimmungen darüber enthält.

Nach Kaiserliche Verordnung wird bestimmt, welche Apothekerwaaren dem Verkehr zu überlassen sind.

11. Das Geschlecht begründet in Beziehung auf die Befugnis zum selbstständigen Betriebe eines Gewerbes keinen Unterschied.

Frauen, welche selbständig ein Gewerbe betreiben, können in Angelegenheiten des Gewerbes selbständig Rechtsgeschäfte abschliessen und vor Gericht auftreten, gleich ob sie verheirathet oder unverheirathet sind. Sie können sich in Betreff der Geschäfte aus ihrem Gewerbebetriebe auf die in den einzelnen Bundesstaaten bestehenden Rechtswohlthaten der Frauen nicht berufen. Es macht hierbei keinen Unterschied, ob sie das Gewerbe allein oder in Gemeinschaft mit anderen Personen, dasselbe in eigener Person oder durch einen Stellvertreter betreiben.

14. Wer den selbständigen Betrieb eines stehenden Gewerbes anfangt, muss den Ort, wo solches geschieht nach den Landesgesetzen zuständigen Behörde<sup>2)</sup> Anzeige davon machen<sup>3)</sup>. Diese Anzeige liegt auch demjenigen ob, welcher zum Betriebe eines Gewerbes im Umherziehen befugt ist.

15. Die Behörde bescheinigt innerhalb dreier Tage den Empfang der Anzeige. Die Fortsetzung des Betriebes kann polizeilich verhindert werden, wenn ein Gewerbe zu dessen Beginn eine besondere Genehmigung erforderlich ist, ohne diese Genehmigung begonnen wird.

16. Zur Errichtung von Anlagen, welche durch die örtliche Lage oder die Entfernung der Betriebsstätte für die Besitzer oder Bewohner der benachbarten Ortschaften oder für das Publikum überhaupt erhebliche Nachtheile, Gefahren oder Unannehmlichkeiten herbeiführen können, ist die Genehmigung der nach den Landesgesetzen zuständigen Behörde erforderlich.

20. Gegen den Bescheid ist Rekurs an die nächst vorgesetzte Behörde zu machen, welcher bei Verlust desselben binnen vierzehn Tagen, vom Tage der Eröffnung des Bescheides an gerechnet, gerechtfertigt werden muss.

---

<sup>2)</sup> Das Gewerbe der Krankenpflege, das heisst das Pflegen von Kranken gegen Entgelt, gehört nach der Begründung des Gesetzes nicht zur Ausübung der Heilkunde.

Der Rekursbescheid ist den Parteien schriftlich zu eröffnen und muss mit Gründen versehen sein.

§ 21. Die näheren Bestimmungen über die Behörden und das Verfahren, sowie in der ersten, als in der Rekurs-Instanz, bleiben den Landesgesetzen vorbehalten. Es sind jedoch folgende Grundsätze einzuhalten:

1. In erster oder in zweiter Instanz muss die Entscheidung durch eine kollegiale Behörde erfolgen. Diese Behörde ist befugt, Untersuchungen an Ort und Stelle zu veranlassen, Zeugen und Sachverständige zu laden und eidlich zu vernehmen überhaupt den angetretenen Beweis in vollem Umfange zu erheben.

2. Bildet die kollegiale Behörde die erste Instanz, so ertheilt sie ihre Entscheidung in öffentlicher Sitzung, nach erfolgter Ladung und Anhörung der Parteien, auch in dem Falle, wenn zwar Einwendungen nicht angebracht sind, die Behörde aber nicht ohne weiteres die Genehmigung ertheilen will, und der Antragsteller innerhalb vierzehn Tagen nach Empfang des die Genehmigung versagenden oder nur unter Bedingungen ertheilenden Bescheides der Behörde auf mündliche Verhandlung anträgt.

3. Bildet die kollegiale Behörde die zweite Instanz, so ertheilt sie stets ihre Entscheidung in öffentlicher Sitzung, nach erfolgter Ladung und Anhörung der Parteien.

4. Als Parteien sind der Unternehmer (Antragsteller), sowie diejenigen Personen zu betrachten, welche Einwendungen erhoben haben.

5. Die Öffentlichkeit der Sitzungen kann unter entsprechender Anwendung der §§ 173 bis 176 des Gerichtsverfassungsgesetzes<sup>1)</sup> ausgeschlossen oder beschränkt werden.

§ 22. Die durch unbegründete Einwendungen erwachsenden Kosten fallen dem Widersprechenden, alle übrigen Kosten, welche durch das Verfahren entstehen, dem Unternehmer zur Last.

§ 26. Soweit die bestehenden Rechte zur Abwehr benachtheiligender Einwirkungen, welche von einem Grundstück aus auf ein benachbartes Grundstück greifen werden, dem Eigenthümer oder Besitzer des letzteren eine Privatklage gewähren, kann diese Klage einer mit obrigkeitlicher Genehmigung errichteten gewerblichen Anlage gegenüber niemals auf Einstellung des Gewerbebetriebs, sondern nur auf Herstellung von Einrichtungen, welche die benachtheiligende Einwirkung ausschliessen, oder, wo solche Einrichtungen unthunlich oder mit einem gehörigen Betriebe des Gewerbes unvereinbar sind, auf Schadloshaltung gerichtet werden.

§ 27. Die Errichtung oder Verlegung solcher Anlagen, deren Betrieb mit ungewöhnlichem Geräusch verbunden ist, muss, sofern sie nicht schon nach den Vorschriften der §§ 16 bis 25 der Genehmigung bedarf, der Ortspolizeibehörde angezeigt werden. Letztere hat, wenn in der Nähe der gewählten Betriebsstätte Kirchen, Schulen oder andere öffentliche Gebäude, Krankenhäuser oder Heilanstalten vorhanden sind, deren bestimmungsmässige Benutzung durch den Gewerbebetrieb auf dieser

1) Die betreffenden §§ des Gerichtsverfassungsgesetzes lauten: § 173 In allen Sachen kann durch das Gericht für die Verhandlung oder einen Theil derselben die Öffentlichkeit ausgeschlossen werden, wenn sie eine Gefährdung der öffentlichen Ordnung oder der Sittlichkeit besorgen lässt. § 174: Die Verkündung des Urtheils erfolgt in jedem Falle öffentlich. § 175: Ueber die Ausschliessung der Öffentlichkeit wird in nicht öffentlicher Sitzung verhandelt. Der Beschluss, welcher die Öffentlichkeit ausschliesst, muss öffentlich verkündet werden. § 176: Der Zutritt zu nicht öffentlichen Verhandlungen kann einzelnen Personen von dem Vorsitzenden gestattet werden.

noch von der vorerwähnten andauernden Doctorpromotion nicht abhängig zu werden.

Bundesrath bezeichnet, mit Rücksicht auf das vorhandene Bedürfniss, in denen Theilen des Reichs die Behörden, welche für das ganze Reich gültige Approbationen zu ertheilen befugt sind, und erlässt die Vorschriften über den Nachbeseitigung. Die Namen der Approbirten werden von der Behörde, welche die Approbation ertheilt, in den vom Bundesrathe zu bestimmenden amtlichen Blättern veröffentlicht.

Personen, welche eine solche Approbation erlangt haben, sind innerhalb des Umkreises der Wahl des Ortes, wo sie ihr Gewerbe betreiben wollen, vorbehaltlich der Bestimmungen über die Errichtung und Verlegung von Apotheken (§ 6), nicht be-

zweckmäßig. Bundesrathe bleibt vorbehalten, zu bestimmen, unter welchen Voraussetzungen Personen wegen wissenschaftlich erprobter Leistungen von der vorgeschriebenen Prüfung ausnahmsweise zu entbinden sind.

Personen, welche vor Verkündung dieses Gesetzes in einem Bundesstaate die Befähigung zum Gewerbebetriebe als Aerzte, Wundärzte, Zahnärzte, Geburtshelfer, oder Thierärzte bereits erlangt haben, gelten als für das ganze Reich befähigt.

40. Unternehmer von Privat-Kranken-, Privat-Entbindungs- und Privat-Asylen bedürfen einer Concession der höheren Verwaltungsbehörde. Die Concession ist nur zu versagen:

wenn Thatsachen vorliegen, welche die Unzuverlässigkeit des Unternehmers auf die Leitung oder Verwaltung der Anstalt darthun,

wenn nach den von dem Unternehmer einzureichenden Beschreibungen und Zeichnungen die baulichen und die sonstigen technischen Einrichtungen der Anstalt den hygienischen Anforderungen nicht entsprechen,

wenn die Anstalt nur in einem Theile eines auch von anderen Personen bewohnten Gebäudes untergebracht werden soll und durch ihren Betrieb für die Mitbewohner dieses Gebäudes erhebliche Nachteile oder Gefahren hervorrufen kann,

wenn die Anstalt zur Aufnahme von Personen mit ansteckenden Krankheiten

dere von ihr zu bestimmende Behörde die Wiederaufnahme des Gewerbebetriebes gestatten, sofern seit der Untersagung mindestens ein Jahr verflossen ist.

Personen, welche die in diesem Paragraphen bezeichneten Gewerbe beginnen, haben bei Eröffnung ihres Gewerbebetriebes der zuständigen Behörde hiervon Anzeige zu machen.

§ 40. Die in den §§ 29 bis 33a und im § 34 erwähnten Approbationen und Genehmigungen dürfen weder auf Zeit ertheilt, noch vorbehaltlich der Bestimmungen in den §§ 33a, 53 und 143 widerrufen werden.

Gegen Versagung der Genehmigung zum Betriebe eines der in den §§ 30, 30a, 32, 33, 33a und 34, sowie gegen Untersagung des Betriebes der in den §§ 33a, 35 und 37 erwähnten Gewerbe ist der Recurs zulässig. Wegen des Verfahrens und der Behörden gelten die Vorschriften der §§ 20 und 21.

§ 45. Die Befugnisse zum stehenden Gewerbebetriebe können durch Stellvertreter ausgeübt werden; diese müssen jedoch den für das in Rede stehende Gewerbe insbesondere vorgeschriebenen Erfordernissen genügen.

§ 46. Nach dem Tode eines Gewerbetreibenden darf das Gewerbe für Rechnung der Wittve während des Wittwenstandes, oder, wenn minderjährige Erben vorhanden sind, für deren Rechnung durch einen nach § 45 qualificirten Stellvertreter betrieben werden, insofern die über den Betrieb einzelner Gewerbe bestehenden besonderen Vorschriften nicht ein Anderes anordnen. Dasselbe gilt während der Dauer einer Kuratel oder Nachlassregulirung.

§ 49. Bei Ertheilung der Genehmigung zu einer Anlage der in den §§ 16 und 24 bezeichneten Arten, imgleichen zur Anlegung von Privat-Kranken-, Privat-Entbindungs- und Privat-Irrenanstalten, . . . kann von der genehmigenden Behörde den Umständen nach eine Frist festgesetzt werden, binnen welcher die Anlage oder das Unternehmen bei Vermeidung des Erlöschens der Genehmigung begonnen und ausgeführt, und der Gewerbebetrieb angefangen werden muss. Ist eine solche Frist nicht bestimmt, so erlischt die ertheilte Genehmigung, wenn der Inhaber nach Empfang derselben ein ganzes Jahr verstreichen lässt, ohne davon Gebrauch zu machen.

Eine Verlängerung der Frist kann von der Behörde bewilligt werden, sobald erhebliche Gründe nicht entgegenstehen.

Hat der Inhaber einer solchen Genehmigung seinen Gewerbebetrieb während eines Zeitraums von drei Jahren eingestellt, ohne eine Fristung nachgesucht und erhalten zu haben, so erlischt dieselbe.

Für die im § 16 aufgeführten Anlagen darf die nachgesuchte Fristung so lange nicht versagt werden, als wegen einer durch Erbfall oder Konkurserklärung entstandenen Ungewissheit über das Eigenthum an einer Anlage oder in Folge höherer Gewalt der Betrieb entweder gar nicht oder nur mit erheblichem Nachtheile für den Inhaber oder Eigenthümer der Anlage stattfinden kann.

Das Verfahren für die Fristung ist dasselbe, wie für die Genehmigung neuer Anlagen.

§ 53. Die in dem § 29 bezeichneten Approbationen können von der Verwaltungsbehörde nur dann zurückgenommen werden, wenn die Unrichtigkeit der Nachweise dargethan wird, auf Grund deren solche ertheilt worden sind, oder wenn dem Inhaber der Approbation die bürgerlichen Ehrenrechte aberkannt sind, im letzteren Falle jedoch nur für die Dauer des Ehrenverlustes.

Ausser diesen Gründen können die in den §§ 30, 30a, 32, 33, 34 und 36 bezeichneten Genehmigungen und Bestellungen in gleicher Weise zurückgenommen werden, wenn aus Handlungen oder Unterlassungen des Inhabers der Mangel derjenigen Eigenschaften, welche bei der Ertheilung der Genehmigung oder Bestellung

t ist; . . .

57. Der Wandergewerbeschein ist zu versagen:

wenn der Nachsuchende mit einer abschreckenden oder ansteckenden Krankheit oder in einer abschreckenden Weise entstellt ist. . . .

58. Der Wandergewerbeschein kann zurückgenommen werden, wenn sich heraus eine der im § 57 Ziffer 1—4, § 57a oder 57b bezeichneten Voraussetzungen zur Zeit der Ertheilung desselben bereits vorhanden gewesen, der Behörde bekannt geblieben oder erst nach Ertheilung des Scheins eingetreten ist.

59. Wer beim Gewerbebetriebe im Umherziehen andere Personen von Ort zu Ort sich führen will, bedarf der Erlaubniss derjenigen Behörde, welche den gewerbeschein erteilt hat, oder in deren Bezirk sich der Nachsuchende befindet. Die Erlaubniss wird in dem Wandergewerbescheine unter näherer Bezeichnung der Personen vermerkt.

Die Erlaubniss ist zu versagen, insoweit bei ihnen eine der im § 57 bezeichneten Voraussetzungen zutrifft; ausserdem darf dieselbe nur dann versagt werden, insoweit eine der im § 57a und § 57b bezeichneten Voraussetzungen vorliegt. Die Zurücknahme der Erlaubniss erfolgt nach Maassgabe des § 58 durch eine für deren Ertheilung zuständige Behörde.

60. Die Bezahlung der approbirten Aerzte u. s. w. (§ 29 Abs. 1) bleibt der Landesregierung überlassen. Als Norm für streitige Fälle im Mangel einer Vereinbarung jedoch für dieselben Taxen von den Centralbehörden festgesetzt werden<sup>1)</sup>.

61b. Die Innungen sind befugt, ihre Wirksamkeit auf andere, den Innungen gemeinsame gewerbliche Interessen, als die im § 81a bezeichneten auszuüben. Insbesondere steht ihnen zu: . . .

1. Zur Unterstützung ihrer Mitglieder und deren Angehörigen, ihrer Gesellen (Lehrlinge und Arbeiter in Fällen der Krankheit, des Todes, der Arbeitslosigkeit oder sonstiger Bedürftigkeit Cassen zu errichten. . . .

2. Auf Innungskrankenkassen finden ausser den Vorschriften des § 73 des Krankenversicherungsgesetzes auch die §§ 34—38, 45 Abs. 5, § 47 Abs. 3—6 des letztgenannten Gesetzes Anwendung<sup>2)</sup>. Jedoch kann die Cassenverwaltung ausschliesslich auf die Gehülfen und Arbeiter übertragen und unter der Voraussetzung, dass

§ 120a. Die Gewerbeunternehmer sind verpflichtet, die Arbeitsräume, Betriebsvorrichtungen, Maschinen und Geräthschaften so einzurichten und zu unterhalten und den Betrieb so zu regeln, dass die Arbeiter gegen Gefahren für Leben und Gesundheit soweit geschützt sind, wie es die Natur des Betriebes gestattet.

Insbesondere ist für genügendes Licht, ausreichenden Luftraum und Luftwechsel, Beseitigung des bei dem Betrieb entstehenden Staubes, der dabei entwickelten Dünste und Gase sowie der dabei entstehenden Abfälle Sorge zu tragen.

Ebenso sind diejenigen Vorrichtungen herzustellen, welche zum Schutze der Arbeiter gegen gefährliche Berührungen mit Maschinen oder Maschinentheilen oder gegen andere in der Natur der Betriebsstätte oder des Betriebs liegende Gefahren, namentlich auch gegen die Gefahren, welche aus Fabrikbränden erwachsen können, erforderlich sind. . . . .

§ 120d. Die zuständigen Polizeibehörden sind befugt, im Wege der Verfügung für einzelne Anlagen die Ausführung derjenigen Maassnahmen anzuordnen, welche zur Durchführung der in §§ 120a bis 120c enthaltenen Grundsätze erforderlich und nach der Beschaffenheit der Anlage ausführbar erscheinen. . . . .

Gegen die Verfügung der Polizeibehörde steht dem Gewerbeunternehmer binnen zwei Wochen die Beschwerde an die höhere Verwaltungsbehörde zu. Gegen die Entscheidung der höheren Verwaltungsbehörde ist binnen vier Wochen die Beschwerde an die Centralbehörde zulässig; diese entscheidet endgültig. Widerspricht die Verfügung den von der Berufsgenossenschaft erlassenen Vorschriften zur Verhütung von Unfällen, so ist zur Einlegung der vorstehend bezeichneten Rechtsmittel binnen der dem Gewerbeunternehmer zustehenden Frist auch der Vorstand der Berufsgenossenschaft befugt.

§ 120e. Durch Beschluss des Bundesraths können Vorschriften darüber erlassen werden, welchen Anforderungen in bestimmten Arten von Anlagen zur Durchführung der in den §§ 120a bis 120c enthaltenen Grundsätze zu genügen ist.

Soweit solche Vorschriften durch Beschluss des Bundesraths nicht erlassen sind, können dieselben durch Anordnung der Landes-Centralbehörden oder durch Polizeiverordnungen der zum Erlass solcher berechtigten Behörden erlassen werden. Vor dem Erlass solcher Anordnungen und Polizeiverordnungen ist den Vorständen der betheiligten Berufsgenossenschaften oder Berufsgenossenschafts-Sectionen Gelegenheit zu einer gutachtlichen Aeusserung zu geben. Auf diese finden die Bestimmungen des § 79 Absatz 1 des Gesetzes, betreffend die Unfallversicherung der Arbeiter, vom 6. Juni 1884 (Reichs-Gesetzbl. S. 69) Anwendung. . . . .

Die durch Beschluss des Bundesraths erlassenen Vorschriften sind durch das Reichs-Gesetzblatt zu veröffentlichen und dem Reichstag bei seinem nächsten Zusammentritt zur Kenntnissnahme vorzulegen.

§ 137. . . . .

Wöchnerinnen dürfen während vier Wochen nach ihrer Niederkunft überhaupt nicht und während der folgenden zwei Wochen nur beschäftigt werden, wenn das Zeugniß eines approbirten Arztes dies für zulässig erklärt.

§ 139a. Der Bundesrath ist ermächtigt:

1. die Verwendung von Arbeiterinnen sowie von jugendlichen Arbeitern für gewisse Fabrikationszweige, welche mit besonderen Gefahren für Gesundheit oder Sittlichkeit verbunden sind, gänzlich zu untersagen oder von besonderen Bedingungen abhängig zu machen;

§ 143. Die Berechtigung zum Gewerbebetriebe kann, abgesehen von den in den Reichsgesetzen vorgesehenen Fällen ihrer Entziehung, weder durch richterliche, noch administrative Entscheidung entzogen werden.

wer den selbständigen Betrieb eines stehenden Gewerbes, zu dessen Beginn besondere polizeiliche Genehmigung (Concession, Approbation, Bestallung) erforderlich ist, ohne die vorschriftsmässige Genehmigung unternimmt oder fortsetzt von den in der Genehmigung festgesetzten Bedingungen abweicht;

2. wer eine gewerbliche Anlage zu der mit Rücksicht auf die Lage oder Befähigkeit der Betriebsstätte oder des Locals eine besondere Genehmigung erforderlich (§§ 16 und 24), ohne diese Genehmigung errichtet, oder die wesentlichen Bedingungen, unter welchen die Genehmigung erteilt worden, nicht innehält, oder ohne Genehmigung eine wesentliche Veränderung der Betriebsstätte oder eine Vergrößerung des Locals oder eine wesentliche Veränderung in dem Betriebe der Anlage vornimmt;

3. wer, ohne hierzu approbirt zu sein, sich als Arzt (Wundarzt, Augenarzt, Geburtshelfer, Zahnarzt, Thierarzt) bezeichnet oder sich einen ähnlichen Titel beilegt, durch den der Glaube erweckt wird, der Inhaber desselben sei eine geprüfte Medizinerperson;

§ 148. Mit Geldstrafe bis zu einhundertfünfzig Mark und im Unvermögensfalle Haft bis zu vier Wochen wird bestraft:

1. wer ausser den im § 147 vorgesehenen Fällen ein stehendes Gewerbe beginnt, dasselbe vorschriftsmässig anzuzeigen; . . . .

7a. wer dem § 56 Absatz 1, Absatz 2 Ziffer 1 bis 5, 7 bis 11 Absatz 3, § 56a und 56b zuwiderhandelt;

§ 151. Sind bei der Ausübung des Gewerbes polizeiliche Vorschriften von Personen übertreten worden, welche der Gewerbetreibende zur Leitung des Betriebes oder Theiles desselben oder zur Beaufsichtigung bestellt hatte, so trifft die Strafe auch letzteren. Der Gewerbetreibende ist neben denselben strafbar, wenn die Uebertretung mit seinem Vorwissen begangen ist, oder wenn er bei der nach den Verhältnissen möglichen eigenen Beaufsichtigung des Betriebes, oder bei der Auswahl oder Beaufsichtigung der Betriebsleiter oder Aufsichtspersonen es an der erforderlichen Sorgfalt hat fehlen lassen.

Ist an eine solche Uebertretung der Verlust der Concession, Approbation oder



## Theil II. Besondere Bestimmungen.

### Abschnitt I. Besondere Bestimmungen über Krankenversorgu

#### A. Fürsorge für Arbeiter im Allgemeinen.

##### 1. Krankenversicherung.

a) Krankenversicherungsgesetz vom 15. Juni 1883 in der Fassung der Novelle vom 10. April 1892 und des Gesetzes v. 30. Juni 1900 (R.-G.-Bl. 1883, S. 73; 1892, S. 379; 1900, S. 3:

##### A. Versicherungszwang.

§ 1. Personen, welche gegen Gehalt oder Lohn beschäftigt sind:

1. in Bergwerken, Salinen, Aufbereitungsanstalten, Brüchen und Gruter Fabriken und Hüttenwerken, beim Eisenbahn-, Binnenschiffahrts-Baggereibetriebe, auf Werften und bei Bauten;
2. im Handelsgewerbe, im Handwerk und in sonstigen stehenden (Gewerbetrieben<sup>1)</sup>;
- 2a. in dem Geschäftsbetriebe der Anwälte, Notare und Gerichtsvollzieher, Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Versicherungsanstalten;
3. in Betrieben, in denen Dampfkessel oder durch elementare Kraft (Wasser, Dampf, Gas, heisse Luft u. s. w.) bewegte Triebwerke zur Verwendung kommen, sofern diese Verwendung nicht ausschliesslich in vorübergehender Benutzung einer nicht zur Betriebsanlage gehörenden Maschine besteht,

sind mit Ausnahme der Gehülfen und Lehrlinge in Apotheken, sowie der im unter Ziffer 2 bis 6 aufgeführten Personen, sofern nicht die Beschäftigung durch Natur ihres Gegenstandes oder im Voraus durch den Arbeitsvertrag auf einen Zeitraum von weniger als einer Woche beschränkt ist, nach Maassgabe der Vorschriften dieses Gesetzes gegen Krankheit zu versichern.

Dasselbe gilt von Personen, welche in dem gesammten Betriebe der Post-Telegraphenverwaltungen, sowie in den Betrieben der Marine- und Heeresverwaltung gegen Gehalt oder Lohn beschäftigt sind und nicht bereits auf Grund der vorstehenden Bestimmungen der Krankenversicherungspflicht unterliegen.

Die Besatzung von Seeschiffen, auf welche die Vorschriften der §§ 48 und 49 der Seemannsordnung vom 27. December 1872 (Reichs-Gesetzbl. S. 409) Anwendung finden, unterliegt der Versicherungspflicht nicht.

Handlungsgehülfen und -Lehrlinge unterliegen der Versicherungspflicht, sofern durch Vertrag die ihnen nach Artikel 60 des deutschen Handelsgesetzbuchs zustehenden Rechte aufgehoben oder beschränkt sind.

Als Gehalt oder Lohn im Sinne des Gesetzes gelten auch Tantiemen und Naturalbezüge. Für die letzteren wird der Durchschnittswerth in Ansatz gebracht; die Werth wird von der unteren Verwaltungsbehörde festgesetzt.

§ 2. Durch statutarische Bestimmung einer Gemeinde für ihren Bezirk, oder eines weiteren Communalverbandes für seinen Bezirk oder Theile desselben, kann Anwendung der Vorschriften des § 1 erstreckt werden:

<sup>1)</sup> Die in Privatheilanstalten beschäftigten Personen sind ebenfalls versicherungspflichtig (Entsch. d. preuss. Oberverwaltungsgerichts vom 5. Januar 1883).

frage und für Rechnung anderer Gewerbetreibender mit der Herstellung oder **Be-**  
**tung** gewerblicher Erzeugnisse beschäftigt werden (Hausindustrie), und zwar  
für den Fall, dass sie die Roh- und Hilfsstoffe selbst beschaffen, und auch für  
Zeit, während welcher sie vorübergehend für eigene Rechnung arbeiten;

5. auf Handlungsgehilfen und -Lehrlinge, soweit dieselben nicht nach § 1 ver-  
rungspflichtig sind.

6. auf die in der Land- und Forstwirtschaft beschäftigten Arbeiter und Be-  
sbeamten.

Die auf Grund dieser Vorschrift ergehenden statutarischen Bestimmungen müssen  
genaue Bezeichnung derjenigen Klassen von Personen, auf welche die Anwendung  
Vorschriften des § 1 erstreckt werden soll, und in den Fällen der Ziffern 1 und 4  
mmungen über die Verpflichtung zur An- und Abmeldung, sowie über die Ver-  
tung zur Einzahlung der Beiträge enthalten.

Sie bedürfen der Genehmigung der höheren Verwaltungsbehörde und sind in  
für Bekanntmachungen der Gemeindebehörden vorgeschriebenen oder üblichen  
1 zu veröffentlichen.

Auf die im Abs. 1 Ziffer 4 bezeichneten Gewerbetreibenden kann die Anwendung  
Vorschriften des § 1 auch durch Beschluss des Bundesraths erstreckt werden.  
Anordnung kann auch für bestimmte Gewerbszweige und für örtliche Bezirke  
gen.

§ 2a. Die Anwendung der Vorschriften des § 1 kann auch auf solche in Be-  
en oder im Dienste des Reichs oder eines Staates beschäftigte Personen erstreckt  
en, welche der Krankenversicherungspflicht nicht bereits nach gesetzlichen Be-  
nungen unterliegen. Die Erstreckung erfolgt durch Verfügung des Reichskanzlers  
hungsweise der Centralbehörde.

§ 2b. Betriebsbeamte, Werkmeister und Techniker, Handlungsgehilfen und  
rlinge, sowie die unter § 1 Absatz 1 Ziffer 2a fallenden Personen unterliegen der  
icherungspflicht nur, wenn ihr Arbeitsverdienst an Lohn oder Gehalt sechszwei-  
el Mark für den Arbeitstag oder, sofern Lohn oder Gehalt nach grösseren Zeit-  
hnitten bemessen ist, zweitausend Mark für das Jahr gerechnet, nicht übersteigt.

Dasselbe gilt von anderen unter § 2 Absatz 1 Ziffer 2 und § 2a fallenden Per-

§ 3a. Auf ihren Antrag sind von der Versicherungspflicht zu befreien:

1. Personen, welche infolge von Verletzungen, Gebrechen, chronischen Krankheiten oder Alter nur theilweise oder nur zeitweise erwerbsfähig sind, wenn der stützungspflichtige Armenverband der Befreiung zustimmt,

2. Personen, welchen gegen ihren Arbeitgeber für den Fall der Erkrankung Rechtsanspruch auf eine den Bestimmungen des § 6 entsprechende oder gleichwertige Unterstützung zusteht, sofern die Leistungsfähigkeit des Arbeitgebers zur Erleichterung des Anspruchs gesichert ist.

Wird der Antrag auf Befreiung von der Verwaltung der Gemeinde-Krankenversicherung oder von dem Vorstande der Krankenkasse, welcher der Antrag angehören würde, abgelehnt, so entscheidet auf Anrufen des Antragstellers die Aufsichtsbehörde endgültig.

In dem Falle zu 2 gilt die eingeräumte Befreiung nur für die Dauer des Arbeitsvertrages. Sie erlischt vor Beendigung des Arbeitsvertrages:

a) wenn sie von der Aufsichtsbehörde wegen nicht genügender Leistungsfähigkeit des Arbeitgebers von Amtswegen oder auf Antrag eines Betheiligten gehoben wird,

b) wenn der Arbeitgeber die befreite Person zur Krankenversicherung an die Anmeldung ist ohne rechtliche Wirkung, wenn die befreite Person zur Zeit selbst bereits erkrankt war.

Insoweit im Erkrankungsfalle der gegen den Arbeitgeber bestehende Anspruch nicht erfüllt wird, ist auf Antrag der befreiten Person von der Gemeinde-Krankenversicherung oder von der Krankenkasse, welcher sie im Nichtbefreiungsfalle angeschlossen haben würde, die gesetzliche oder statutenmässige Krankenunterstützung zu gewähren. Die zu dem Ende gemachten Aufwendungen sind von dem Arbeitgeber zu ersetzen.

§ 3b. Auf den Antrag des Arbeitgebers sind von der Versicherungspflicht befreit Lehrlinge, welchen durch den Arbeitgeber für die während der Dauer des Lehrverhältnisses eintretenden Erkrankungsfälle der Anspruch auf freie Kur oder Pflege in einem Krankenhause auf die im § 6 Absatz 2 bezeichnete Dauer gewährt ist. Gleiches gilt von Personen, welche im Falle der Arbeitslosigkeit in einer Krankenversicherung begründenden Art in Wohlthätigkeitsanstalten beschäftigt werden, deren Zweck darin besteht, arbeitslosen Personen vorübergehend Beschäftigung zu gewähren (Arbeiterkolonien u. dgl.).

Die Bestimmungen des § 3a Absatz 2 bis 4 finden entsprechende Anwendung.

#### B. Gemeinde-Krankenversicherung.

§ 4. Für alle versicherungspflichtigen Personen, welche nicht einer Ortskrankenkasse (§ 16), einer Betriebs- (Fabrik-) Krankenkasse (§ 59), einer Baukrankenkasse (§ 69), einer Innungskrankenkasse (§ 73), einer Knappschaftskasse (§ 74)

angehören, tritt, vorbehaltlich der Bestimmung des § 75, die Gemeinde-Krankenversicherung ein.

Personen der in §§ 1 bis 3 bezeichneten Art, welche der Versicherung nicht unterliegen und deren jährliches Gesamteinkommen zweitausend Mark übersteigt, sowie Dienstboten sind berechtigt, der Gemeinde-Krankenversicherung beizutreten. Durch statutarische Entscheidung (§ 2) kann auch anderen nichtversicherungspflichtigen Personen die Aufnahme in die Gemeinde-Krankenversicherung gestattet oder das Recht des

Personen, welche die Versicherungsbeiträge (§ 8) an zwei aufeinanderfolgenden Zahlungsterminen nicht geleistet haben, scheiden damit aus der Gemeinde-Krankenversicherung aus.

§ 5. Denjenigen Personen, für welche die Gemeinde-Krankenversicherung eintritt von der Gemeinde, in deren Bezirk sie beschäftigt sind, im Falle einer Krankheit durch Krankheit herbeigeführten Erwerbsunfähigkeit Krankenunterstützung zu gewähren.

Von denselben hat die Gemeinde Krankenversicherungsbeiträge (§ 9) zu erheben.

§ 5 a. Für Personen, welche in Gewerbebetrieben beschäftigt sind, deren Natur sich bringt, dass einzelne Arbeiten an wechselnden Orten ausserhalb der Betriebsstätte ausgeführt werden, gilt auch für die Zeit, während welcher sie mit diesen Arbeiten beschäftigt sind, als Beschäftigungsort der Sitz des Gewerbebetriebs. Werden versicherungspflichtige Personen von einer öffentlichen oder privaten Verwaltung mit Arbeiten beschäftigt, welche an wechselnden, in verschiedenen Gemeindebezirken belegenen Orten anzuführen sind, so gilt, falls nicht nach Anhörung der beteiligten Verwaltung und Gemeinden oder weiteren Communalverbänden durch die höhere Verwaltungsbehörde etwas anderes bestimmt wird, als Beschäftigungsort diejenige Gemeinde, in welcher die mit der unmittelbaren Leitung jener Arbeiten betraute Stelle ihren Sitz hat.

Für Personen, welche in der Land- oder Forstwirtschaft zur Beschäftigung angenommen sind, in verschiedenen Gemeindebezirken belegenen Orten angenommen sind, gilt als Beschäftigungsort der Sitz des Betriebes (§ 44 des Gesetzes vom 5. Mai 1886, S. 132).

§ 6. Als Krankenunterstützung ist zu gewähren:

1) Nach der Entsch. des Bayer. Verwaltungsgerichtshofes vom 3. Juli 1897 ist es Pflicht der Krankenkasse dafür zu sorgen, dass der Erkrankte im Allgemeinen die nötige ärztliche Hilfe findet, als für den besonderen Krankheitsfall genügende ärztliche Hilfe findet. Und unter „ärztlicher Behandlung“ grundsätzlich eine solche durch einen hiesigen Arzt“ (§ 29 der G. O. siehe S. 757) zu verstehen ist, können Ausnahmen

1. vom Beginn der Krankheit ab freie ärztliche Behandlung<sup>1)</sup>, Arznei<sup>2)</sup>, Brillen, Bruchbänder und ähnliche Heilmittel;

2. im Falle der Erwerbsunfähigkeit vom dritten Tage nach dem Tage der Erkrankung ab für jeden Arbeitstag ein Krankengeld in Höhe der Hälfte des ordentlichen Tagelohnes gewöhnlicher Tagearbeiter.

Die Krankenunterstützung endet spätestens mit dem Ablauf der dreizehnten Woche nach Beginn der Krankheit, im Falle der Erwerbsunfähigkeit spätestens mit dem Ablauf der dreizehnten Woche nach Beginn des Krankengeldbezuges. Endbezug des Krankengeldes erst nach Ablauf der dreizehnten Woche nach dem Beginn der Krankheit, so endet mit dem Bezuge des Krankengeldes zugleich auch der Anspruch auf die im Absatz 1 unter Ziffer 1 bezeichneten Leistungen.

Das Krankengeld ist nach Ablauf jeder Woche zu zahlen.

§ 6a. Die Gemeinden sind ermächtigt, zu beschliessen:

1. dass Personen, welche der Versicherungspflicht nicht unterliegen und unwillig der Gemeinde-Krankenversicherung beitreten, erst nach Ablauf einer auf mindestens sechs Wochen vom Beitritt ab zu bemessenden Frist Krankenunterstützung erhalten;

2. dass Versicherten, welche die Gemeinde-Krankenversicherung durch einen dem Verlust der bürgerlichen Ehrenrechte bedrohte strafbare Handlung geschuldet haben, für die Dauer von zwölf Monaten seit Begehung der Straftat, sowie Versicherten, welche sich eine Krankheit vorsätzlich oder durch schuldhaftes Verfehlen bei Schlägereien oder Kaufhändeln, durch Trunkfälligkeit oder geschlechtliche Ausschweifungen zugezogen haben, für diese Krankheit das Krankengeld nicht oder nur theilweise zu gewähren ist;

3. dass Versicherten, welche von der Gemeinde die Krankenunterstützung unterbrochen oder im Laufe eines Zeitraums von zwölf Monaten für dreizehn Wochen bezogen haben, bei Eintritt eines neuen Unterstützungsfalles, sofern dieser durch eine gleiche nicht gehobene Krankheitsursache veranlasst ist, im Laufe der nächsten Monate Krankenunterstützung nur für die Gesamtdauer von dreizehn Wochen gewähren ist;

4. dass Krankengeld allgemein oder unter bestimmten Voraussetzungen vom Tage des Eintritts der Erwerbsunfähigkeit ab, sowie für Sonn- und Feiertagen zu zahlen ist;

5. dass Versicherten auf ihren Antrag die im § 6, Absatz 1, Ziffer 1 bezeichneten Leistungen auch für ihre dem Krankenversicherungszwange nicht unterliegenden Familienangehörigen zu gewähren sind;

6. dass die ärztliche Behandlung, die Lieferung der Arznei und die Krankenverpflegung nur durch bestimmte Aerzte, Apotheken und Krankenhäuser zu geschehen sind und die Bezahlung der durch Inanspruchnahme anderer Aerzte, Apotheken

1) Siehe Anmerkung 1 auf S. 765.

2) Die meisten Krankenkassen entnehmen ihren Arzneivorrath aus den Apotheken. Die Kassen sind jedoch auch befugt, die dem freien Verkehr überlassenen Arzneien aus den Drogenhandlungen zu beziehen, auch nicht frei gegebene Arzneien können sie nach der Entsch. des O. L. G. in Frankfurt a. M. vom 15. Januar 1897 in grösseren Mengen beschaffen und an ihre Mitglieder auf ärztliche Verordnung gegen Geld abgeben. Sie sind jedoch verpflichtet, die Arzneien nur den Apotheken, und zwar den inländischen Apotheken zu entnehmen, während Verbandstoffe auch von Fabrikanten bezogen werden können. (Erlasse des Preuss. Min. der Medicin vom 18. Februar 1897 und vom 6. Januar 1899.)

1. für Diejenigen, welche verheirathet sind oder eine eigene Haushaltung haben, Mitglieder der Haushaltung ihrer Familie sind, mit ihrer Zustimmung, oder ungenügend von derselben, wenn die Art der Krankheit Anforderungen an die Behandlung oder Verpflegung stellt, welchen in der Familie des Erkrankten nicht genügt werden kann, oder wenn die Krankheit eine ansteckende ist, oder wenn der Erkrankte die auf Grund des § 6a, Absatz 2, erlassenen Vorschriften zuwidergehandelt hat, oder wenn dessen Zustand oder Verhalten eine fortgesetzte Beobachtung erfordert;

2. für sonstige Erkrankte unbedingt.

Hat der in einem Krankenhause Untergebrachte Angehörige, deren Unterhalt er aus seinem Arbeitsverdienst bestritten hat, so ist neben der freien Kur und Verpflegung die Hälfte des im § 6 als Krankengeld festgesetzten Betrages für diese Angehörigen zu zahlen. Die Zahlung kann unmittelbar an die Angehörigen erfolgen.

§ 8. Der Betrag des ortsüblichen Tagelohnes gewöhnlicher Tagelöhner wird der höheren Verwaltungsbehörde nach Anhörung der Gemeindebehörde festgesetzt durch das für ihre amtlichen Bekanntmachungen bestimmte Blatt veröffentlicht. Änderungen der Festsetzung treten erst sechs Monate nach der Veröffentlichung in

---

1) Ein „dringender Fall“ ist nach der Entsch. des Bayer. V.-G. vom Februar 1896 dann anzunehmen, wenn ohne Gefahr einer Verschlimmerung oder erheblichen Steigerung oder Verlängerung der Schmerzen nicht bis zum Einrücken des Kassenarztes hat gewartet werden können. Verzögert das Verhalten der Krankenkasse oder der Kassenärzte die Ueberweisung eines Erkrankten an einen Spezialarzt ohne genügenden Grund, so darf dies dem Erkrankten nicht zum Schaden werden, vielmehr hat die Kasse dann auch für die ohne Ueberweisung erwachsenen ärztlichen Kosten aufzukommen. Andererseits bildet nach der Entsch. des Bad. V.-G. vom 4. October 1894 die Schwere einer Krankheit oder die Schwierigkeit der ärztlichen Behandlung an sich keinen „dringenden Fall“ im Sinne des Gesetzes (Bayern und Preussen, a. a. O. SS. 401, 402).

Die Festsetzung findet für männliche und weibliche, für Personen über und unter sechszehn Jahren besonders statt. Für Personen unter sechszehn Jahren (jugendliche Personen) kann die Festsetzung getrennt für junge Leute zwischen zehn und sechszehn Jahren und für Kinder unter vierzehn Jahren vorgenommen werden. Für Lehrlinge gilt die für junge Leute getroffene Feststellung.

§ 9. Die von der Gemeinde zu erhebenden Versicherungsbeiträge sollen, lange nicht nach Maassgabe des § 10 etwas anderes festgesetzt ist, einundeinhalb Procent des ortsüblichen Tagelohnes (§ 8) nicht übersteigen und sind mangels besonderer Beschlussnahme in dieser Höhe zu erheben. In Fällen der Gewährung der § 6a, Absatz 1, Ziffer 5, bezeichneten besonderen Leistungen sind besondere von der Gemeinde-Krankenversicherung allgemein festzusetzende Zusatzbeiträge zu erheben.

Die Beiträge fliessen in eine besondere Kasse, aus welcher auch die Krankenunterstützungen zu bestreiten sind.

Die Einnahmen und Ausgaben dieser Kasse sind getrennt von den sonstigen Einnahmen und Ausgaben der Gemeinde festzustellen und zu verrechnen. Die Verwaltung der Kasse hat die Gemeinde unentgeltlich zu führen. Ein Jahresabschluss der Kasse nebst einer Uebersicht über die Versicherten und die Krankheitsverhältnisse ist alljährlich der höheren Verwaltungsbehörde einzureichen.

Reichen die Bestände der Krankenversicherungskasse nicht aus, um die fallwerdenden Ausgaben derselben zu decken, so sind aus der Gemeindekasse die erforderlichen Vorschüsse zu leisten, welche ihr, vorbehaltlich der Bestimmungen § 10, demnächst aus der Krankenversicherungskasse mit ihrem Reservefonds erstatten sind.

§ 10. Ergiebt sich aus den Jahresabschlüssen, dass die gesetzlichen Krankenversicherungsbeiträge zur Deckung der gesetzlichen Krankenunterstützungen nicht ausreichen, so können mit Genehmigung der höheren Verwaltungsbehörde die Beiträge bis zu zwei Procent des ortsüblichen Tagelohnes (§ 8) erhöht werden.

Ueberschüsse der Einnahmen über die Ausgaben, welche nicht zur Deckung etwaiger Vorschüsse der Gemeinde in Anspruch genommen werden, sind zunächst zur Ansammlung eines Reservefonds zu verwenden.

Ergeben sich aus den Jahresabschlüssen dauernd Ueberschüsse der Einnahmen über die Ausgaben, so sind nach Ansammlung eines Reservefonds Beträge der durchschnittlichen Jahresausgabe der letzten drei Jahre zunächst Beiträge bis zu einundeinhalb Procent des ortsüblichen Tagelohnes (§ 8) zu mässigen. Verbleiben alsdann noch Ueberschüsse, so hat die Gemeinde zu beschliessen, ob eine weitere Herabsetzung der Beiträge oder eine Erhöhung oder Erweiterung Unterstützungen eintreten soll. Erfolgt eine Beschlussnahme nicht, so kann die höhere Verwaltungsbehörde die Herabsetzung der Beiträge verfügen.

§ 11. Personen, für welche die Gemeinde-Krankenversicherung eingetreten ist, behalten, wenn sie aus der dieselbe begründenden Beschäftigung ausscheiden, nicht zu einer Beschäftigung übergehen, vermöge welcher sie nach Vorschrift des Gesetzes Mitglied einer Krankenkasse werden, den Anspruch auf Krankenunterstützung solange sie die Versicherungsbeiträge fortzahlen und entweder im Gemeindebezirk ihres bisherigen Aufenthaltes verbleiben, oder in dem Gutsbezirk ihren Aufenthalt nehmen, in welchem sie zuletzt beschäftigt wurden.

§§ 12 bis 14 handeln von der Vereinigung mehrerer Gemeinden zu einer gemeinsamen Gemeinde-Krankenversicherung, sowie das Eintreten des weiteren Communalverbandes für die Gemeinde-Krankenversicherung der ihm angehörenden Gemeinden an die Stelle der einzelnen Gemeinden.

§ 15. Für Gemeinden, welche nach den Landesgesetzen den nach Vorschrift

Errichtungsgesamtheit bestehend Ortskrankenkassen zu errichten, deren die Zahl der Kasse zu versichernden Personen mindestens einhundert beträgt.

Die Vorschriften des § 5a finden auch hier Anwendung.

Die Ortskrankenkassen sollen in der Regel für die in einem Gewerbszweige oder in einer Betriebsart beschäftigten Personen errichtet werden.

Die Errichtung gemeinsamer Ortskrankenkassen für mehrere Gewerbszweige oder Betriebsarten ist zulässig, wenn die Zahl der in den einzelnen Gewerbszweigen und Betriebsarten beschäftigten Personen weniger als einhundert beträgt.

Gewerbszweige oder Betriebsarten, in welchen einhundert Personen oder mehr beschäftigt werden, können mit anderen Gewerbszweigen oder Betriebsarten zu einer gemeinsamen Ortskrankenkasse nur vereinigt werden, nachdem den in ihnen beschäftigten Personen Gelegenheit zu einer Äusserung über die Errichtung der gemeinsamen Kasse gegeben worden ist. Wird in diesem Falle Widerspruch erhoben, so entscheidet über die Zulässigkeit der Errichtung die höhere Verwaltungsbehörde.

§ 17. Durch Anordnung der höheren Verwaltungsbehörde kann die Gemeinde verpflichtet werden, für die in einem Gewerbszweige oder in einer Betriebsart beschäftigten Personen eine Ortskrankenkasse zu errichten, wenn dies von Beteiligten verlangt wird und diesem Antrage, nachdem sämtlichen Beteiligten zu einer Äusserung darüber Gelegenheit gegeben ist, mehr als die Hälfte derselben und mindestens einhundert beitreten.

Dasselbe gilt von der Errichtung einer gemeinsamen Ortskrankenkasse für mehrere Gewerbszweige oder Betriebsarten, wenn dem Antrage mehr als die Hälfte in jedem Gewerbszweige oder in jeder Betriebsart beschäftigten Personen und in ihnen mindestens einhundert beitreten.

Gegen die Verfügung der höheren Verwaltungsbehörde, durch welche die Errichtung einer gemeinsamen Ortskrankenkasse angeordnet wird, steht der Gemeinde innerhalb vier Wochen die Beschwerde an die Centralbehörde zu.

Gemeinden, welche dieser Verpflichtung innerhalb der von der höheren Verwaltungsbehörde zu bestimmenden Frist nicht nachkommen, dürfen von denjenigen Personen, für welche die Errichtung einer Ortskrankenkasse angeordnet ist, Versicherungsbeiträge zur Gemeinde-Krankenversicherung (§ 5 Absatz 2) nicht erheben.



Ortskrankenkassen, welche für verschiedene Gewerbszweige oder errichtet sind, können die Höhe der Beiträge für die einzelnen Gewerbsarten verschieden bemessen, wenn und soweit die Verschiedenheit der Betriebsarten eine erhebliche Verschiedenheit der Erträge bedingt. Festsetzungen dieser Art bedürfen der Genehmigung der Aufsichtsbehörde.

§§ 23, 24 handeln vom Kassenstatut.

§ 25. Die Ortskrankenkasse kann unter ihrem Namen Rechte und Verbindlichkeiten eingehen, vor Gericht klagen und verklagt werden.

Für alle Verbindlichkeiten der Kasse haftet den Kassengläubigern die Kasse.

§ 26. Für sämtliche versicherungspflichtige Kassenmitglieder besteht Anspruch auf die gesetzlichen Unterstützungen der Kasse zum Besten der Mindestleistungen der Kasse (§ 20) mit dem Zeitpunkte, in welchem sie der Kasse geworden sind (§ 19). Von Kassenmitgliedern, welche dass sie bereits einer anderen Krankenkasse angehört oder Beiträge zur Krankenversicherung geleistet haben, und dass zwischen dem Zeitpunkte, in welchem sie aufgehört haben, einer solchen Krankenkasse anzugehören oder die gemeinde-Krankenversicherung zu leisten, und dem Zeitpunkte, in welchem sie der Ortskrankenkasse geworden sind, nicht mehr als dreizehn Monate darf ein Eintrittsgeld nicht erhoben werden.

Kassenmitglieder, welche aus der Beschäftigung, vermöge welcher sie der Kasse angehören, behufs Erfüllung ihrer Dienstpflicht im Heere oder in der Marine ausgeschieden sind und nach Erfüllung der Dienstpflicht in eine Beschäftigung zurückkehren, vermöge welcher sie der Kasse wieder angehören, erwerben zum Zeitpunkte des Wiedereintritts in die Kasse das Recht auf die vollen gesetzlichen Unterstützungen derselben und können zur Zahlung eines neuen Eintrittsgeldes verpflichtet werden. Dasselbe gilt von denjenigen, welche einer Krankenkasse in einer Beschäftigung in einem Gewerbszweige angehört haben, dessen Natur eine wiederkehrende zeitweilige Einstellung des Betriebes mit sich bringt.

der Krankenkasse, dem Kassenvorstande einzulegen;

c. dass Mitgliedern, welche die Kasse durch eine mit dem Verlust der bürgerlichen Ehrenrechte bedrohte strafbare Handlung geschädigt haben, für die Dauer von drei Monaten seit Begehung der Strafthat, sowie dass Versicherten, welche sich eine Krankheit vorsätzlich oder durch schuldhafte Betheiligung bei Schlägereien oder Unfällen, durch Trunkfälligkeit oder geschlechtliche Ausschweifungen zugezogen haben, für diese Krankheit das statutenmässige Krankengeld gar nicht oder nur theilweise zu gewähren ist;

d. dass Mitglieder, welche der gemäss Ziffer 1 getroffenen Bestimmung oder nach Beschluss der Generalversammlung über die Krankmeldung, das Verordnen des Kranken und die Krankenaufsicht erlassenen Vorschriften oder den Anordnungen des behandelnden Arztes zuwiderhandeln, Ordnungsstrafen bis zu zwanzig Gulden zu erlegen haben;

e. dass die ärztliche Behandlung, die Lieferung der Arznei und die Kur und Heilung nur durch bestimmte Aerzte, Apotheken und Krankenhäuser zu gewähren und die Bezahlung der durch Inanspruchnahme anderer Aerzte, Apotheken und Krankenhäuser entstandenen Kosten, von dringenden Fällen abgesehen, abgelehnt werden kann;

f. dass Mitgliedern, welche von dieser Krankenkasse eine Krankenunterstützung erhalten haben oder im Laufe eines Zeitraums von zwölf Monaten für dreizehn Wochen in Anspruch genommen haben, bei Eintritt eines neuen Unterstützungsfalles, sofern dieser durch eine nicht gehobene Krankheitsursache veranlasst worden ist, im Laufe der nächsten Monate Krankenunterstützung nur im gesetzlichen Mindestbetrage (§ 20) und für die Gesamtdauer von dreizehn Wochen zu gewähren ist;

g. dass Personen, welche der Versicherungspflicht nicht unterliegen und freiwillig der Kasse beitreten, erst nach Ablauf einer auf höchstens sechs Wochen vom Eintritt ab zu bemessenden Frist Krankenunterstützung erhalten;

h. dass auch andere als die in den §§ 1 bis 3 genannten Personen als Mitglieder der Kasse aufgenommen werden können, sofern ihr jährliches Gesamtverdienst nicht zweitausend Mark nicht übersteigt;

i. dass die Unterstützungen und Beiträge statt nach den durchschnittlichen

schäftigung ausscheiden und nicht zu einer Beschäftigung übergehen, vermöge we sie Mitglieder einer anderen der in den §§ 16, 59, 69, 73, 74 bezeichneten Krankassen werden, bleiben solange Mitglieder, als sie sich im Gebiete des Deutschen Reichs aufhalten, sofern sie ihre dahin gehende Absicht binnen einer Woche Kassenvorstände anzeigen. Die Zahlung der vollen statutenmässigen Kassenbeiträge zum ersten Fälligkeitstermine ist der ausdrücklichen Anzeige gleich zu erachten, sofern der Fälligkeitstermin innerhalb der für die letztere vorgeschriebenen einwöchigen Frist liegt.

Die Mitgliedschaft erlischt, wenn die Beiträge an zwei auf einander folgende Zahlungsterminen nicht geleistet werden.

Durch Kassenstatut kann bestimmt werden, dass für nicht im Bezirk der Krankenkasse oder eines für die Zwecke des § 46 Absatz 1 Ziffer 2 und 3 errichteten Kassenverbandes sich aufhaltende Mitglieder der im ersten Absatz bezeichneten an die Stelle der im § 6 Absatz 1 Ziffer 1 bezeichneten Leistungen eine Vergütung in Höhe von mindestens der Hälfte des Krankengeldes tritt.

Ueber die Einsendung der Beiträge, die Auszahlung der Unterstützungen, die Krankencontrole für die nicht im Bezirk der Gemeinde sich aufhaltenden Personen hat das Kassenstatut Bestimmung zu treffen.

§ 28. Personen, welche in Folge eintretender Erwerbslosigkeit aus der Krankenkasse ausscheiden, verbleibt der Anspruch auf die gesetzlichen Mindestleistungen der Krankenkasse in Unterstützungsfällen, welche während der Erwerbslosigkeit und innerhalb Zeitraums von drei Wochen nach dem Ausscheiden aus der Kasse eintreten, wenn Ausscheidende vor seinem Ausscheiden mindestens drei Wochen ununterbrochen auf Grund dieses Gesetzes errichteten Krankenkasse angehört hat.

Dieser Anspruch fällt fort, wenn der Betheiligte sich nicht im Gebiete des Deutschen Reichs aufhält, soweit nicht durch Kassenstatut Ausnahmen vorgesehen werden.

§ 29. Die Mitglieder sind der Kasse gegenüber lediglich zu den auf Grund dieses Gesetzes und des Kassenstatuts festgestellten Beiträgen verpflichtet.

Zu anderen Zwecken als den statutenmässigen Unterstützungen, der statutenmässigen Ansammlung und Ergänzung des Reservefonds und der Deckung der Verwaltungskosten dürfen weder Beiträge von Mitgliedern erhoben werden, noch Verwendungen aus dem Vermögen der Kasse erfolgen.

§ 30. Entstehen Zweifel darüber, ob die im Kassenstatut vorgenommene Bemessung der Beiträge der Anforderung des § 22 entspricht, so hat die höhere Verwaltungsbehörde vor der Ertheilung der Genehmigung eine sachverständige Prüfung herbeizuführen und, falls diese die Unzulänglichkeit der Beiträge ergiebt, die Ertheilung der Genehmigung von einer Erhöhung der Beiträge oder einer Minderung der Unterstützungen bis auf den gesetzlichen Mindestbetrag (§ 20) abhängig zu machen.

§ 31. Bei der Errichtung der Kasse dürfen die Beiträge, soweit sie den Krankenkassenmitgliedern selbst zur Last fallen (§ 51), nicht über zwei Procent desjenigen Betrages, nach welchem die Unterstützungen zu bemessen sind (§§ 20, 26a, Ziffer 6), festgesetzt werden, sofern solches nicht zur Deckung der Mindestleistungen der Krankenkasse (§ 20) erforderlich ist.

Eine spätere Erhöhung der Beiträge über diesen Betrag, welche nicht zur Deckung der Mindestleistungen erforderlich wird, ist nur bis zur Höhe von zwei Procent desjenigen Betrages, nach welchem die Unterstützungen zu bemessen sind (§§ 20, 26a, Ziffer 6), und nur dann zulässig, wenn dieselbe sowohl von der Zustimmung der zu Beiträgen verpflichteten Arbeitgeber (§ 38), als von der Zustimmung der Kassenmitglieder beschlossen wird.

ig der Kassenleistungen herbeizuführen.

Ergiebt sich dagegen aus den Jahresabschlüssen, dass die Jahreseinnahmen die Ausgaben übersteigen, so ist, falls der Reservefonds das Doppelte des gesetzlichen Mindestbetrages erreicht hat, entweder eine Ermässigung der Beiträge oder Berücksichtigung der Vorschriften der §§ 21 und 31 eine Erhöhung oder Erweigung der Kassenleistungen herbeizuführen.

Unterlässt die Vertretung der Kasse, diese Abänderungen zu beschliessen, so ist die höhere Verwaltungsbehörde die Beschlussfassung anzuordnen und, falls dieser Ordnung keine Folge gegeben wird, ihrerseits die erforderliche Abänderung des Statuts von Amtswegen mit rechtsverbindlicher Wirkung zu vollziehen.

Wird zur Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit einer Kasse eine schnelle Vermehrung ihrer Einnahmen oder Verminderung ihrer Ausgaben erforderlich, so kann die höhere Verwaltungsbehörde, vorbehaltlich des vorstehend vorgeschriebenen Verfahrens, eine sofortige vorläufige Erhöhung der Beiträge oder Herabsetzung der Leistungen, letztere bis zur gesetzlichen Mindestleistung und ohne Nachtheil der Vorschrift des § 26a, Absatz 3, verfügen. Gegen diese Verfügung ist Beschwerde an die Centralbehörde zulässig. Dieselbe hat keine aufschiebende Wirkung.

§§ 34—43a behandeln den Vorstand, die Generalversammlung und die Verwaltung der Kasse.

§ 44. Unter Oberaufsicht der höheren Verwaltungsbehörde wird die Aufsicht über Ortskrankenkassen, welche für den Bezirk einer Gemeinde von mehr als zehn hundert Einwohnern errichtet sind, durch die Gemeindebehörden, bei allen übrigen Ortskrankenkassen durch die seitens der Landesregierungen zu bestimmenden Behörden genommen.

§ 45. Die Aufsichtsbehörde überwacht die Befolgung der gesetzlichen und tariflichen Vorschriften und kann dieselbe durch Androhung, Festsetzung und Verhängung von Ordnungsstrafen gegen die Mitglieder des Kassenvorstandes erzwingen.

Sie ist befugt, von allen Verhandlungen, Büchern und Rechnungen der Kasse

krankenkassen innerhalb des Bezirks einer Aufsichtsbehörde können durch übereinstimmende Beschlüsse der beteiligten Communalverbände und der Generalversammlungen der beteiligten Kassen sich zu einem Verbandsvereinigen zum Zweck:

1. der Anstellung eines gemeinsamen Rechnungs- und Kassenführers und derer gemeinsamer Bediensteten;
2. der Abschliessung gemeinsamer Verträge mit Aerzten, Apotheken, Krankenhäusern und Lieferanten von Heilmitteln und anderer Bedürfnisse der Kranken;
3. der Anlage und des Betriebes gemeinsamer Anstalten zur Heilung und Pflege erkrankter Mitglieder, sowie zur Fürsorge für Reconvalescenten;
4. der gemeinsamen Bestreitung der Krankenunterstützungskosten zu einer Hälfte ihres Gesamtbetrages nicht übersteigenden Theil.

(Die folgenden Absätze dieses § handeln von der Geschäftsführung dieses Verbandes.)

§ 46 a. Ein nach § 46, Absatz 1 gebildeter Verband kann durch übereinstimmende Beschlüsse der beteiligten Communalverbände und der Generalversammlung der beteiligten Krankenkassen aufgelöst werden.

Jede Gemeinde-Krankenversicherung und Krankenkasse kann nach sechs Monate vorher erfolgter Aufkündigung mit dem Schlusse des Kalenderjahres aus dem Verbande austreten.

Soweit nicht durch das Verbandsstatut oder durch Uebereinkommen etwas anderes bestimmt ist, wird bei der Auflösung des Verbandes oder beim Ausstreten einer der beteiligten Kassen von dem nach Deckung der Schulden verbleibenden Vermögen des Verbandes jeder ausscheidenden Kasse derjenige Antheil überwiesen, welcher auf sie nach dem Verhältniss der im Laufe des letzten Kalenderjahres einnahmten Kassenbeiträge entfällt.

§ 46 b. Durch die Centralbehörde kann bestimmt werden, dass und unter welchen Voraussetzungen bereits bestehende Vereinigungen von Gemeinde-Krankenversicherungen und auf Grund dieses Gesetzes errichteten Krankenkassen, die Zwecke der im § 46 unter Ziffer 1 bis 4 bezeichneten Art verfolgen, die Rechte auf Grund des § 46 errichteten Verbände haben.

§ 47. Die Schliessung einer Ortskrankenkasse muss erfolgen:

1. wenn die Zahl der Mitglieder dauernd unter fünfzig sinkt;
2. wenn sich aus den Jahresabschlüssen der Kasse ergibt, dass die gesetzlich vorgeschriebenen Mindestleistungen auch nach erfolgter Erhöhung der Beiträge der Versicherten nicht zu drei Procent desjenigen Betrages, nach welchem die Unterstützungen zu bestritten sind (§§ 20, 26a Ziffer 6), nicht gedeckt werden können, und eine weitere Erhöhung der Beiträge nicht auf dem im § 31 Absatz 2 vorgesehenen Wege beschlossene wird.

Die Auflösung kann erfolgen, wenn sie von der Gemeindebehörde unter Zustimmung der Generalversammlung beantragt wird.

Die Schliessung oder Auflösung erfolgt durch Verfügung der höheren Verwaltungsbehörde, welche, sofern sie auf Schliessung einer Kasse gerichtet ist, von der Generalversammlung, sofern dadurch die Auflösung einer Kasse abgelehnt wird, von der Gemeindebehörde beziehungsweise der Generalversammlung nach Maassgabe des § 24 angefochten werden kann.

Wird eine Ortskrankenkasse geschlossen oder aufgelöst, so sind die versicherungspflichtigen Personen, für welche sie errichtet war, anderen Ortskrankenkassen zu überweisen, und, soweit dies nicht ohne erhebliche Benachtheiligung anderer Ortskrankenkassen geschehen kann, der Gemeinde-Krankenversicherung zu überweisen.

Das etwa vorhandene Vermögen der Kasse ist in diesem Falle zunächst zur Tilgung der etwa vorhandenen Schulden und zur Deckung der vor der Schliessung

gung steht den Betheiligten innerhalb vier Wochen die Beschwerde an die Centralbehörde zu. Die Beschwerde hat, soweit es sich um die Zuweisung der versicherungspflichtigen Personen handelt, keine aufschiebende Wirkung.

Die Vorschrift des ersten Absatzes findet keine Anwendung, wenn nach dem Ermessen der höheren Verwaltungsbehörde die Gewährung der gesetzlichen Mindestleistungen durch vorhandenes Vermögen oder durch andere ausserordentliche Hilfen gesichert ist.

§ 48. Ortskrankenkassen, welche auf Grund der §§ 16, 17 oder 18a für versicherungspflichtige Personen verschiedener Gewerbszweige oder Betriebsarten errichtet worden können nach Anhörung der Gemeinde aufgelöst werden, wenn die Generalversammlung der Kasse dies beantragt.

Unter der gleichen Voraussetzung kann die Ausscheidung der demselben Gewerbszweige oder derselben Betriebsart angehörenden Kassenmitglieder aus der gemeinsamen Kasse erfolgen, wenn die Mehrzahl dieser Kassenmitglieder zustimmt.

Für Ortskrankenkassen, welche auf Grund der §§ 43 oder 43a gemeinsam für mehrere Gemeinden oder für einen weiteren Communalverband errichtet sind, kann Antrag einer der beteiligten Gemeinden oder der Generalversammlung der beteiligten Kasse die Auflösung oder die Ausscheidung der in einer oder mehreren der beteiligten Gemeinden beschäftigten Kassenmitglieder erfolgen.

Die Auflösung oder Ausscheidung erfolgt durch Verfügung der höheren Verwaltungsbehörde. Gegen die Verfügung, durch welche die Auflösung oder Ausscheidung angeordnet oder versagt wird, steht den Betheiligten innerhalb vier Wochen die Beschwerde an die Centralbehörde zu. Ueber die Verwendung und Vertheilung der Kassenmittel, sowie über die anderweitige Versicherung der versicherungspflichtigen Personen ist nach Maassgabe des § 47 Absatz 4 bis 6 Bestimmung zu treffen.

§ 48a. Ergiebt sich, dass einem Kassenstatut nach § 24 Absatz 1 die Genehmigung versagt werden müssen, so hat die höhere Verwaltungsbehörde die erforderliche Abänderung anzuordnen. Der die Abänderung anordnende Bescheid kann nur im § 24 Absatz 1 bezeichneten Wege angefochten werden.

Unterlässt die Vertretung der Kasse, die endgültig angeordnete Abänderung zu

(§ 69), Innungs-Krankenkasse (§ 73), Knappschaftskasse (§ 74) angehört, noch § 75 von der Verpflichtung, der Gemeinde-Krankenversicherung oder einer Krankenkasse anzugehören, befreit ist, spätestens am dritten Tage nach Beginn der Beschäftigung anzumelden und spätestens am dritten Tage nach Beendigung der Beschäftigung wieder abzumelden. Veränderungen, durch welche während der Dauer der Beschäftigung die Versicherungspflicht für solche Personen begründet wird, die der Versicherungspflicht auf Grund ihrer Beschäftigung bisher nicht unterlagen, sind spätestens am dritten Tage nach ihrem Eintritt gleichfalls anzumelden. Das Gleiche gilt für Änderungen des Arbeitsvertrages, welche die Versicherungspflicht der im § 1 bezeichneten Personen zur Folge haben.

Die Anmeldungen und Abmeldungen erfolgen für versicherungspflichtige Personen solcher Klassen, für welche Ortskrankenkassen bestehen (§ 23 Abs. 2 Ziffer 1) bei den durch das Statut dieser Kassen bestimmten Stellen, übrigens bei der Gemeindebehörde oder einer von dieser zu bestimmenden Meldestelle.

In der Anmeldung zur Ortskrankenkasse sind auch die behufs der Berechnung der Beiträge durch das Statut geforderten Angaben über die Lohnverhältnisse zu machen. Änderungen in diesen Verhältnissen sind spätestens am dritten Tage nach dem sie eingetreten, anzumelden.

Durch Beschluss der Verwaltung der Gemeinde-Krankenversicherung und des Kassenstatut kann die Frist für die An- und Abmeldungen bis zum letzten Tage der Kalenderwoche, in welcher die dreitägige Frist (Absatz 1) abläuft, verlängert werden.

Die Aufsichtsbehörde, sowie die höhere Verwaltungsbehörde kann für sämtliche Gemeinde-Krankenversicherungen und Ortskrankenkassen ihres Bezirks oder eines Theiles desselben eine gemeinsame Meldestelle errichten. Die Aufbringung der Beiträge derselben erfolgt durch die beteiligten Gemeinden und Ortskrankenkassen nach der Vorgabe des § 46 Absatz 3, 4.

§ 49 a. Hülfskassen der im § 75 bezeichneten Art haben jedes Ausscheiden eines versicherungspflichtigen Mitgliedes aus der Kasse und jedes Uebertreten eines Mitgliedes in eine niedrigere Mitgliederklasse innerhalb Monatsfrist bei der gemeinsamen Meldestelle oder bei der Aufsichtsbehörde desjenigen Bezirks, in welchem das Mitglied zur Zeit der letzten Beitragszahlung beschäftigt war, unter Angabe seines Aufenthaltsortes und seiner Beschäftigung zu dieser Zeit schriftlich anzuzeigen.

Für Hülfskassen, welche örtliche Verwaltungsstellen errichtet haben, ist die Anzeige von der örtlichen Verwaltungsstelle zu erstatten.

Zur Erstattung der Anzeige ist für jede Hilfskasse, sofern deren Vorstand eine andere Person damit beauftragt, der Rechnungsführer derselben, für die örtliche Verwaltungsstelle dasjenige Mitglied, welches die Rechnungsgeschäfte derselben verwaltet, verpflichtet.

Die Aufsichtsbehörde hat die an sie gelangenden Anzeigen der Verwaltung der Gemeinde-Krankenversicherung oder dem Vorstände der Ortskrankenkasse, welche in der Anzeige bezeichnete Person nach der in derselben angegebenen Beschäftigung anzugehören verpflichtet ist, zu überweisen.

§ 50. Arbeitgeber, welche der ihnen nach § 49 obliegenden Anmeldepflicht nachsichtlich oder fahrlässigerweise nicht genügen, haben alle Aufwendungen, welche die Gemeinde-Krankenversicherung oder eine Ortskrankenkasse auf Grund gesetzlicher oder statutarischer Vorschrift in einem vor der Anmeldung durch die nicht angemeldete Person veranlassten Unterstützungsfälle gemacht hat, zu erstatten.

Die Verpflichtung zur Entrichtung von Beiträgen für die Zeit, während welcher die nicht angemeldete oder nicht angezeigte Person der Gemeinde-Krankenversicherung

g oder der Ortskrankenkasse anzugehören verpflichtet war, wird hierdurch nicht übt.

§ 51. Die Beiträge zur Krankenversicherung entfallen bei versicherungspflichtigen Personen zu zwei Dritteln auf diese, zu einem Drittel auf ihre Arbeitgeber. Eintrittsgelder belasten nur die Versicherten.

Durch statutarische Regelung (§ 2) kann bestimmt werden, dass Arbeitgeber, in den Betrieben Dampfkessel oder durch elementare Kraft bewegte Triebwerke nicht wendet und mehr als zwei dem Krankenversicherungszwange unterliegende Personen nicht beschäftigt werden, von der Verpflichtung zur Leistung von Beiträgen aus diesen Mitteln befreit sind.

§ 52. Die Arbeitgeber sind verpflichtet, die Beiträge und Eintrittsgelder, welche die von ihnen beschäftigten Personen zur Gemeinde-Krankenversicherung oder zur Ortskrankenkasse zu entrichten sind, einzuzahlen. Die Beiträge sind an die Gemeinde-Krankenversicherung, sofern nicht durch Gemeindebeschluss andere Zahlungsweise festgesetzt sind, wöchentlich im Voraus, an die Ortskrankenkasse zu den nach Statut festgesetzten Zahlungsterminen einzuzahlen. Das Eintrittsgeld ist mit dem ersten fälligen Beitrage einzuzahlen. Die Beiträge sind so lange fortzuzahlen, die vorschriftsmässige Abmeldung (§ 49) erfolgt ist, und für den betreffenden Zeitraum zurückzuerstatten, wenn die rechtzeitig abgemeldete Person innerhalb der Zahlungsperiode aus der bisherigen Beschäftigung ausscheidet.

Wenn der Versicherte gleichzeitig in mehreren die Versicherungspflicht begründenden Arbeitsverhältnissen steht, so haften die sämtlichen Arbeitgeber als Gesamtschuldner für die vollen Beiträge und Eintrittsgelder.

Durch Gemeindebeschluss mit Genehmigung der Aufsichtsbehörde oder durch Gesetz kann bestimmt werden, dass die Beiträge stets für volle Wochen erhoben und zurückgezahlt werden.

§ 52a. Auf Antrag der Gemeinde-Krankenversicherung oder einer Ortskrankenkasse kann die Aufsichtsbehörde widerruflich anordnen, dass solche Arbeitgeber, die in der Abführung der Beiträge im Rückstande geblieben sind und deren Zahlungsfähigkeit im Zwangsbeitreibungsverfahren festgestellt worden ist, nur den auf sie selbst als Arbeitgeber entfallenden Theil der Beiträge, welche für die von ihnen beschäftigten versicherungspflichtigen Personen zur Gemeinde-Krankenversicherung oder Ortskrankenkasse zu entrichten sind, einzuzahlen haben.

Wird dies angeordnet, so sind die von solchen Arbeitgebern beschäftigten versicherungspflichtigen Personen verpflichtet, die Eintrittsgelder sowie den auf sie selbst entfallenden Theil der Beiträge zu den festgesetzten Zahlungsterminen selbst an die Gemeinde-Krankenversicherung oder Krankenkasse einzuzahlen.

Die Anordnung (Absatz 1) müssen diejenigen Arbeitgeber, für welche sie gelten sollen, nach Namen, Wohnort und Geschäftsbetrieb deutlich bezeichnen und sind diesen Arbeitgebern schriftlich mitzuthemen.

Die von solchen Anordnungen betroffenen Arbeitgeber sind verpflichtet, dieselben den von ihnen beschäftigten, in der Gemeinde-Krankenversicherung oder Ortskrankenkasse versicherten versicherungspflichtigen Personen durch dauernden Aushang in den Betriebsstätten bekannt zu machen und bei jeder Lohnzahlung die von ihnen beschäftigten versicherungspflichtigen Personen darauf hinzuweisen, dass diese die im Absatz 2 bezeichneten Beiträge selbst einzuzahlen haben.

Gegen die im Absatz 1 bezeichneten Anordnungen findet binnen zwei Wochen nach der Zustellung die Beschwerde an die höhere Verwaltungsbehörde statt. Die Beschwerde hat keine aufschiebende Wirkung. Die Entscheidung der höheren Verwaltungsbehörde ist endgültig.



§ 52 b. Auf Zusatzbeiträge der Versicherten für besondere auf Antrag zu gewährende Kassenleistungen an Familienangehörige (§ 6 a Absatz 1 Ziffer 5, § 9 Absatz 1 Satz 2, § 21 Absatz 1 Ziffer 5, § 22 Absatz 2) finden die Vorschriften der §§ 51 und 52 keine Anwendung.

§ 53. Die Versicherten sind verpflichtet, die Eintrittsgelder und Beiträge, letztere nach Abzug des auf den Arbeitgeber entfallenden Drittels (§ 51), bei den Lohnzahlungen sich einbehalten zu lassen. Die Arbeitgeber dürfen nur auf diesem Wege den auf die Versicherten entfallenden Betrag wieder einziehen. Die Abzüge für Beiträge sind auf die Lohnzahlungsperioden, auf welche sie entfallen, gleichmässig zu vertheilen. Die Theilbeträge dürfen, ohne dass dadurch Mehrbelastungen der Versicherten herbeigeführt werden, auf volle zehn Pfennig abgerundet werden. Sind Abzüge für eine Lohnzahlungsperiode unterblieben, so dürfen sie nur noch bei der Lohnzahlung für die nächstfolgende Lohnzahlungsperiode nachgeholt werden.

Hat der Arbeitgeber Beiträge um deswillen nachzuzahlen, weil die Verpflichtung zur Entrichtung von Beiträgen zwar vom Arbeitgeber anerkannt, von dem Versicherten, der Gemeinde-Krankenversicherung oder Ortskrankasse aber bestritten wurde und erst durch einen Rechtsstreit (§ 58) hat festgestellt werden müssen, oder weil die im § 49 a vorgeschriebene Anzeige erst nach Ablauf der im Absatz 1 bezeichneten Zeiträume oder gar nicht erstattet worden ist, so findet die Wiedereinzahlung des auf den Versicherten entfallenden Theiles der Beiträge ohne die vorstehend aufgeführten Beschränkungen statt.

Arbeitgeber, deren Zahlungsunfähigkeit im Zwangsbeitreibungsverfahren festgestellt worden ist, sind, solange für sie nicht eine Anordnung der im § 52 a bezeichneten Art getroffen worden ist, verpflichtet, die im Absatz 1 zugelassenen Lohnabzüge zu machen und deren Betrag sofort, nachdem der Abzug gemacht worden ist, an die berechnete Kasse abzuliefern.

§ 53 a. Streitigkeiten zwischen dem Arbeitgeber und den von ihm beschäftigten Personen über die Berechnung und Anrechnung der von diesen zu leistenden Beiträge werden nach den Vorschriften des Gesetzes, betreffend die Gewerbegerichte, vom 29. Juli 1890 (R.-G.-Bl. S. 141) entschieden.

Die Vorschriften des letzteren Gesetzes finden auch auf Streitigkeiten zwischen den bezeichneten Personen über die Berechnung und Anrechnung des Eintrittsgeldes Anwendung. Zur Entscheidung dieser Streitigkeit sind auch die auf Grund des § 30 jenes Gesetzes fortbestehenden Gewerbegerichte zuständig.

§ 54. Ob und inwieweit die Vorschriften des § 49 Absatz 1 bis 3, § 51, § 52 Absatz 1 auf die Arbeitgeber der im § 2 Absatz 1 unter Ziffer 1 und 4 bezeichneten Personen Anwendung finden, ist durch statutarische Bestimmung zu regeln; dieselbe bedarf der Genehmigung der höheren Verwaltungsbehörde.

Auf dem gleichen Wege kann bestimmt werden:

1. dass für diejenigen Versicherten, auf welche die Anwendung der Vorschriften des § 1 auf Grund des § 2 Absatz 1 Ziffer 4 erstreckt ist, sowie für die von ihnen beschäftigten versicherungspflichtigen Personen die Beiträge und Unterstützungen statt nach dem ortsüblichen Lohne gewöhnlicher Tagearbeiter (§ 8 in Procenten des wirklichen Arbeitsverdienstes, soweit dieser vier Mark für den Arbeitstag nicht überschreitet) festzustellen sind;

2. dass die Arbeitgeber der im § 2 Absatz 1 Ziffer 4 bezeichneten Gewerbetreibenden, sofern auf diese die Anwendung der Vorschriften des § 1 erstreckt ist, auch die Beiträge für die von diesen Gewerbetreibenden beschäftigten versicherungspflichtigen Personen einzuzahlen und zu einem Drittel aus eigenen Mitteln zu bestreiten haben.

rt getroffen worden sind, finden die für Arbeitgeber geltenden Vorschriften 52, 52a, 52b, 53, 53a, 57a, 80, 82, 82a, 82b entsprechende Anwendung. Die Bestimmungen der Abs. 1, 2 entsprechenden Anordnungen können in den Fällen § 2 Abs. 4 auch durch Beschluss des Bundesraths getroffen werden.

Wenn dem in den Abs. 1, 4 bezeichneten Wege kann bestimmt werden, dass Ein- und Ausreisegelder (§ 26 Abs. 3) von Hausgewerbetreibenden sowie von deren Gesellen und Lehrlingen nicht erhoben werden dürfen.

Es wird eine Bestimmung der im Abs. 2 Ziffer 2 und 3 bezeichneten Art erlassen, durch die den Arbeitvergebenden Gewerbetreibenden das Recht zu, zwei Drittel der ihnen entrichteten Beiträge von den Hausgewerbetreibenden oder, wenn sie diese durch Zwischenpersonen herstellen oder bearbeiten lassen, von den Zwischenpersonen sich erstatten zu lassen. Die Zwischenpersonen, welche den Gewerbetreibenden (Ziffer 3) diese zwei Drittel erstattet haben, sind befugt, diesen Betrag den Hausgewerbetreibenden wieder einzuziehen.

Im Falle Streitigkeiten finden die Bestimmungen des § 58 Abs. 1 entsprechende Anwendung.

54a. Im Falle der Erwerbsunfähigkeit werden für die Dauer der Krankenunterstützung Beiträge nicht entrichtet. Die Mitgliedschaft dauert während des Bestehens der Krankenunterstützung fort.

55. Der Anspruch auf Eintrittsgelder und Beiträge verjährt in einem Jahre ab Ablauf des Kalenderjahres, in welchem er entstanden ist. Rückständige Ein- und Ausreisegelder und Beiträge werden in derselben Weise beigetrieben, wie Gemeindegelder. Die dafür bestehenden landesrechtlichen Vorschriften finden auch insofern Anwendung, als sie über die aufschiebende Wirkung etwaiger gegen die Zahlungsrückständiger Einwendungen Bestimmungen treffen.

Die rückständigen Eintrittsgelder und Beiträge haben das Vorzugsrecht des Gläubigers § 1 der Reichs-Konkursordnung vom 10. Februar 1877 (Reichs-Gesetzbl.

fern nach Gemeindebeschluss oder Kassenstatut der Einleitung des Beitreibungsverfahrens ein Mahnverfahren vorausgeht, kann von Arbeitgebern, welche die

durch Zuwiderhandlungen gegen die auf Grund des § 6a Absatz 8 oder § 26a Satz 2 Ziffer 2a erlassenen Vorschriften verwirkt hat, aufgerechnet werden.

§ 56a. Auf Antrag von mindestens dreissig beteiligten Versicherten kann höhere Verwaltungsbehörde nach Anhörung der Kasse und der Aufsichtsbehörde Gewährung der im § 6 Absatz 1 Ziffer 1 und § 7 Absatz 1 bezeichneten Leistung durch weitere als die von der Kasse bestimmten Ärzte, Apotheken und Krankenhäuser verfügen, wenn durch die von der Kasse getroffenen Anordnungen eine berechtigten Anforderungen der Versicherten entsprechende Gewährung jener Leistungen nicht gesichert ist.

Wird einer solchen Verfügung nicht binnen der gesetzten Frist Folge geleistet, so kann die höhere Verwaltungsbehörde die erforderlichen Anordnungen statt der ständigen Kassenorgane mit verbindlicher Wirkung für die Kasse treffen.

Die nach Absatz 1 und 2 zulässigen Verfügungen sind der Kasse zu eröffnen und zur Kenntniss der beteiligten Versicherten zu bringen. Die Verfügung der höheren Verwaltungsbehörde ist endgültig.

§ 57. Die auf gesetzlicher Vorschrift beruhende Verpflichtung von Gemeinden oder Armenverbänden zur Unterstützung hilfsbedürftiger Personen, sowie die auf Gesetz, Vertrag oder letztwilliger Anordnung beruhenden Ansprüche der Versicherten gegen Dritte werden durch dieses Gesetz nicht berührt.

Soweit auf Grund dieser Verpflichtung Unterstützungen für einen Zeitraum geleistet sind, für welchen dem Unterstützten auf Grund dieses Gesetzes ein Unterstützungsanspruch zusteht, geht der letztere im Betrage der geleisteten Unterstützung auf die Gemeinde oder den Armenverband über, von welchen die Unterstützung geleistet ist.

Das Gleiche gilt von den Betriebsunternehmern und Kassen, welche die bezeichneten Gemeinden und Armenverbänden obliegende Verpflichtung zur Unterstützung auf Grund gesetzlicher Vorschrift erfüllt haben.

Ist von der Gemeinde-Krankenversicherung oder von der Ortskrankenkasse Unterstützung in einem Krankheitsfalle geleistet, für welchen dem Versicherten ein gesetzlicher Entschädigungsanspruch gegen Dritte zusteht, so geht dieser Anspruch auf die Höhe der geleisteten Unterstützung auf die Gemeinde-Krankenversicherung oder Ortskrankenkasse über.

In Fällen dieser Art gilt als Ersatz der im § 6 Absatz 1 Ziffer 1 bezeichneten Leistungen die Hälfte des gesetzlichen Mindestbetrages des Krankengeldes.

§ 57a. Auf Erfordern einer Gemeinde-Krankenversicherung oder einer Ortskrankenkasse ist den bei ihr versicherten Personen, welche ausserhalb des Bezirkes derselben wohnen, im Falle der Erkrankung von der für Versicherungspflichtige derselben Gewerbszweiges oder derselben Betriebsart bestehenden Ortskrankenkasse oder in Ermangelung einer solchen von der Gemeinde-Krankenversicherung des Wohnortes dieselbe Unterstützung zu gewähren, welche der Erkrankte von der Gemeinde-Krankenversicherung oder Ortskrankenkasse, der er angehört, zu beanspruchen hat. Die Kosten der unterstützenden Ortskrankenkasse oder Gemeinde-Krankenversicherung hieraus erwachsenden Kosten zu erstatten.

Dasselbe gilt für Versicherte, welche während eines vorübergehenden Aufenthalts ausserhalb des Bezirkes der Gemeinde-Krankenversicherung oder Ortskrankenkasse, der sie angehören, erkranken, sofern oder solange ihre Ueberführung in ihren Wohnort nicht erfolgen kann. Eines besonderen Antrages der Gemeinde-Krankenversicherung oder Ortskrankenkasse bedarf es in diesen Fällen nicht.

Erfolgt die Erkrankung im Auslande, so hat der Betriebsunternehmer dem Kranken, sofern oder solange eine Ueberführung in das Inland nicht erfolgen kann,

...nennen.

n die Entscheidung steht den Beteiligten nur die Beschwerde an die Centralbehörde zu. Die Beschwerde ist binnen zwei Wochen nach der Eröffnung der Entscheidung einzulegen.

ht die Entscheidung dahin, dass versicherungspflichtige Personen einer Gemeinde als derjenigen, bei welcher sie bisher thatsächlich versichert waren, zugetheilt haben, so ist in derselben der Zeitpunkt zu bestimmen, mit welchem das Versicherungsverhältniss in Kraft tritt.

. Streitigkeiten, welche zwischen den auf Grund dieses Gesetzes zu versichernden Personen oder ihren Arbeitgebern einerseits und der Gemeinde-Krankenkasse oder der Ortskrankenkasse andererseits über das Versicherungsverhältniss über die Verpflichtung zur Leistung oder Einzahlung von Eintrittsgeldern oder über Unterstützungsansprüche aus § 57a Absatz 3 und über Erstattungsansprüche aus § 50 werden von der Aufsichtsbehörde entschieden. Erstreckt sich die Entscheidung auf die Gemeinde-Krankenversicherung oder der Ortskrankenkasse über einen Gemeindebezirk, so kann durch die Centralbehörde die Entscheidung an die Aufsichtsbehörde übertragen werden. Die Entscheidung kann binnen vier Wochen nach Zustellung derselben mittelst Klage im ordentlichen Rechtswege, soweit aber nicht solch Streitigkeiten dem Verwaltungsstreitverfahren überwiesen sind, im letzteren angefochten werden.

Streitigkeiten über die im § 57 Absatz 2 und 3 bezeichneten Ansprüche, Streitigkeiten über Erstattungsansprüche aus § 3a Absatz 4, §§ 3b und 57a, ferner Streitigkeiten zwischen Gemeinde-Krankenversicherungen und Krankenkassen über den Umfang der geleisteten Unterstützungen werden im Verwaltungsstreitverfahren, soweit nicht besteht, von der Aufsichtsbehörde entschieden. Die Entscheidung kann binnen vier Wochen nach Zustellung derselben im Verwaltungsstreitverfahren Recurses nach Maassgabe der §§ 20 und 21 der Gewerbeordnung angefochten werden.

Streitigkeiten zwischen einem Verbandsverbande und den beteiligten Kassen (§ 46) aus dem Versicherungsverhältniss werden von der Aufsichtsbehörde entschieden. Die Entscheidung kann binnen vier Wochen nach der Zustellung derselben im Verwaltungsstreitverfahren Recurses nach Maassgabe der §§ 20 und 21 der Gewerbeordnung angefochten werden.

Wege des Arbeitsvertrages (durch Fabrikordnung, Reglement u. s. w.) die in dem Betriebe beschäftigten Personen zum Beitritt verpflichtet werden, unterliegen den nachfolgenden Vorschriften.

§ 60. Ein Unternehmer, welcher in einem Betriebe oder in mehreren Betrieben fünfzig oder mehr dem Krankenversicherungszwange unterliegende Personen beschäftigt, ist berechtigt, eine Betriebs- (Fabrik-) Krankenkasse zu errichten.

Er kann dazu durch Anordnung der höheren Verwaltungsbehörde verpflichtet werden, wenn dies von der Gemeinde, in welcher die Beschäftigung stattfindet, oder von der Krankenkasse, welcher die beschäftigten Personen angehören, beantragt wird. Vor der Anordnung ist dem Unternehmer, sowie den von ihm beschäftigten Personen oder von diesen gewählten Vertretern und, falls der Antrag von einer Ortskrankenkasse ausgegangen ist, auch der Gemeinde zu einer Äußerung darüber Gelegenheit zu geben.

§ 61. Unternehmer eines Betriebes, welcher für die darin beschäftigten Personen mit besonderer Krankheitsgefahr verbunden ist, können auch dann, wenn weniger als fünfzig Personen beschäftigt, zur Errichtung einer Betriebs- (Fabrik-) Krankenkasse angehalten werden.

Unternehmern eines Betriebes, in welchem weniger als fünfzig Personen beschäftigt werden, kann die Errichtung einer Betriebs- (Fabrik-) Krankenkasse gestattet werden, wenn die nachhaltige Leistungsfähigkeit der Kasse in einer von der höheren Verwaltungsbehörde für ausreichend erachteten Weise sichergestellt ist.

§ 62. Unternehmer, welche der Verpflichtung, eine Betriebs- (Fabrik-) Krankenkasse zu errichten, innerhalb der von der höheren Verwaltungsbehörde zu bestimmenden Frist nicht nachkommen, sind verpflichtet, für jede in ihrem Betriebe beschäftigte dem Versicherungszwange unterliegende Person Beiträge bis zu 5 pCt. des verdienten Lohnes aus eigenen Mitteln zur Gemeinde-Krankenversicherung oder zur Ortskrankenkasse zu leisten.

Die Höhe der zu leistenden Beiträge wird nach Anhörung der Gemeindebehörde von der höheren Verwaltungsbehörde endgültig festgesetzt.

§ 63. Versicherungspflichtige Personen, welche in dem Betriebe, für welchen eine Betriebs- (Fabrik-) Krankenkasse errichtet ist, beschäftigt werden, gehören vorbehaltlich der Bestimmungen des § 75 mit dem Tage des Eintritts in die Beschäftigung der Kasse als Mitglieder an.

Nichtversicherungspflichtige in dem Betriebe beschäftigte Personen haben das Recht, der Kasse beizutreten, sofern ihr jährliches Gesamteinkommen zweitausend Mark nicht übersteigt. Der Beitritt erfolgt durch schriftliche oder mündliche Anmeldung bei dem Kassenvorstande, gewährt aber keinen Anspruch auf Unterstützung im Falle einer bereits zur Zeit dieser Anmeldung eingetretenen Erkrankung. Die Kasse ist berechtigt, nichtversicherungspflichtige Personen, welche sich zum Beitritt melden, einer ärztlichen Untersuchung unterziehen zu lassen und ihre Aufnahme abzulehnen, wenn die Untersuchung eine bereits bestehende Krankheit ergibt.

Versicherungspflichtigen Personen ist der Austritt mit dem Schlusse des Rechnungsjahres zu gestatten, wenn sie denselben mindestens drei Monate vorher bei dem Vorstande beantragen und vor dem Austritt nachweisen, dass sie einer der im § 75 bezeichneten Kassen angehören.

Nichtversicherungspflichtige Personen, welche die Beiträge an zwei auf einander folgenden Zahlungsterminen nicht geleistet haben, scheiden damit aus der Kasse aus.

§ 64. Die für Ortskrankenkassen geltenden Bestimmungen der §§ 20 bis 42, 46 bis 46b, 48a und 49a Absatz 4 finden auf die Betriebs- (Fabrik-) Krankenkassen mit folgenden Abänderungen Anwendung:

der Betriebsunternehmer fallen unter die Vorschrift des § 22 Absatz 2.

Reichen die Bestände einer auf Grund der Vorschrift des § 61 errichteten (Fabrik-) Krankenkasse nicht aus, um die laufenden Ausgaben derselben zu so sind von dem Betriebsunternehmer die erforderlichen Vorschüsse zu leisten.

Die aus dem Betriebe ausgeschiedenen Personen, welche auf Grund der Vor- des § 27 Mitglieder der Kasse bleiben, können Stimmrechte nicht ausüben und unter nicht bekleiden.

65. Die Betriebsunternehmer sind verpflichtet, die statutenmässigen Eintritts- und Beiträge für die von ihnen beschäftigten versicherungspflichtigen Kassen-ler zu den durch das Kassenstatut festgesetzten Zahlungsterminen in die Kasse hlen und die Beiträge zu einem Drittel aus eigenen Mitteln zu leisten.

Werden die gesetzlichen Mindestleistungen der Kasse (§ 20) durch die Beiträge, n diese für die Versicherten drei Procent der durchschnittlichen Tagelöhne s Arbeitsverdienstes erreicht haben, nicht gedeckt, so hat der Betriebsunter- die zur Deckung derselben erforderlichen Zuschüsse aus eigenen Mitteln zu

ie Bestimmungen des § 52 Abs. 3 und der §§ 52a bis 53a, 54a bis 58 finden if Betriebs- (Fabrik-) Krankenkassen entsprechende Anwendung.

66. Auf die Beaufsichtigung der Betriebs- (Fabrik-) Krankenkassen finden 44, 45 Anwendurg.

ie Aufsichtsbehörde ist befugt, Ansprüche, welche der Kasse gegen den Be- unternehmer aus der Rechnungs- und Kassenführung erwachsen (§ 64 Ziffer 3), retung der Kasse entweder selbst oder durch einen von ihr zu bestellenden er geltend zu machen.

67. Wird der Betrieb oder werden die Betriebe, für welche die Kasse errichtet itweilig eingestellt oder soweit eingeschränkt, dass die Zahl der darin be- zten versicherungspflichtigen Personen unter die doppelte Zahl der statuten- en Vorstandsmitglieder sinkt, so kann die Verwaltung von der Aufsichtsbehörde mmen werden, welche dieselbe durch einen von ihr zu bestellenden Vertreter nehmen hat.

Das vorhandene Kassenvermögen, die Rechnungen, Bücher und sonstigen Acten-

der vor dem Zeitpunkte des Ausscheidens bereits entstandenen Unterstützungssprüche ein überschüssendes Vermögen, so ist der Theil desselben, welcher demhältniss der Zahl der ausscheidenden zur Gesamtzahl der bisherigen Kassenglieder entspricht, derjenigen Krankenkasse zu überweisen, welcher die in dem ausscheidenden Betriebe beschäftigten Personen fortan anzugehören haben.

2. Ergiebt sich ein Fehlbetrag, so ist derselbe, falls der Antrag von dem Unternehmer des ausscheidenden Betriebes gestellt worden ist, von diesem in dem Ziffer 1 festgesetzten Verhältniss zu decken.

Der Antrag auf Ausscheidung ist an die höhere Verwaltungsbehörde zu richten. Diese bestimmt den Zeitpunkt, mit welchem die Ausscheidung stattzufinden hat, und entscheidet über die Vertheilung des Vermögens. Gegen diese Entscheidung stehen den Beteiligten binnen zwei Wochen die Beschwerden an die Centralbehörde zu.

§ 67 b. Bei Veränderungen in der Organisation einer öffentlichen Betriebsverwaltung kann auf deren Antrag die höhere Verwaltungsbehörde die Bezirke (dieser Verwaltung bestehenden Betriebs- (Fabrik-) Krankenkassen nach Anhörung der Kassensorgane anderweit festsetzen. Dabei finden die Vorschriften des § 87 a Abs. 1 und 3 entsprechende Anwendung.

§ 67 c. Mehrere Betriebs- (Fabrik-) Krankenkassen für Betriebe desselben Unternehmers können mit Zustimmung ihrer Generalversammlungen zu einer Kasse vereinigt werden.

Die Vereinigung erfolgt durch Errichtung eines Kassenstatuts für die vereinigte Kasse nach Vorschrift des § 64 Ziffer 1 mit der Maassgabe, dass als Vertreter der in dem Betriebe beschäftigten Personen die Generalversammlungen der bestehenden Kassen gelten.

Mit dem Zeitpunkte, zu welchem die vereinigte Kasse ins Leben tritt, geht dieselbe alle Rechte und Verbindlichkeiten der bisherigen Kassen über.

§ 68. Die Kasse ist zu schliessen:

1. wenn der Betrieb oder die Betriebe, für welche sie errichtet ist, aufgegeben werden;

2. soweit nicht auf den Betrieb, für welchen die Kasse errichtet ist, die Vorschrift des § 61 Absatz 1 Anwendung findet, wenn die Zahl der in dem Betriebe beschäftigten versicherungspflichtigen Personen dauernd unter die gesetzliche Mindezahl (§ 60) sinkt und die dauernde Leistungsfähigkeit der Kasse nicht gesichert gestellt wird (§ 61 Absatz 2);

3. wenn der Betriebsunternehmer es unterlässt, für ordnungsmässige Kassenführung und Rechnungsführung Sorge zu tragen.

In dem Falle zu 3 kann gleichzeitig mit der Schliessung der Kasse der Betriebsunternehmer die im § 62 vorgesehene Verpflichtung auferlegt und die Errichtung einer neuen Betriebs- (Fabriks-) Krankenkasse versagt werden.

Die Kasse kann nach Anhörung der beteiligten Gemeinden aufgelöst werden, wenn der Betriebsunternehmer unter Zustimmung der Generalversammlung die Auflösung beantragt.

Die Schliessung oder Auflösung erfolgt durch die höhere Verwaltungsbehörde. Gegen den Bescheid, durch welchen die Kasse ausgesprochen oder abgelehnt wird, in welchem die Gründe angegeben sind, kann binnen zwei Wochen nach der Zustellung Beschwerde an die vorgesetzte Behörde erhoben werden.

Auf das Vermögen der geschlossenen oder aufgelösten Kasse finden die Vorschriften des § 47 Absatz 5 entsprechende Anwendung. Sind die zur Deckung der entstandenen Unterstützungsansprüche erforderlichen Mittel nicht vorhanden, so sind die letzteren vor Schliessung oder Auflösung der Kasse aufzubringen. Die Haftung für dieselben liegt dem Betriebsunternehmer ob.

ertragen werden, wenn dieselben zur die Erfüllung der Verpflichtung eine Urtheil der höheren Verwaltungsbehörde ausreichende Sicherheit bestellen.

Bauherren, welche der ihnen nach § 69 auferlegten Verpflichtung nicht nachkommen, haben den von ihnen beschäftigten Personen für den Fall einer Krankheit im Falle des Todes derselben ihren Hinterbliebenen die im § 20 vorgeschriebenen Unterstützungen aus eigenen Mitteln zu leisten.

Die in Gemässheit des § 69 errichteten Krankenkassen sind zu schliessen: wenn der Betrieb, für welchen sie errichtet sind, aufgelöst wird;

wenn der Bauherr oder Unternehmer es unterlässt, für ordnungsmässige Verwaltung und Rechnungsführung Sorge zu tragen.

Im Falle zu 2 trifft den Bauherren oder Unternehmer die im § 71 ausgesetzte Verpflichtung.

Überdies finden auf die in Gemässheit des § 69 errichteten Krankenkassen die Vorschriften der §§ 63 bis 68 mit der Maassgabe Anwendung, dass über die Anwendung der Vorschrift des § 32 die höhere Verwaltungsbehörde bei Genehmigung des Statuts, über die Verwendung des bei Schliessung oder Auflösung einer Krankenkasse verbleibenden Restes des Kassenvermögens das Kassenstatut Bestimmung ausspricht. Eine Verwendung zu Gunsten des Bauherrn oder Unternehmers ist ausgeschlossen.

Streitigkeiten über Unterstützungsansprüche, welche auf Grund des § 71 von Bauherren erhoben werden, findet die Vorschrift des § 58, Absatz 1, Anwendung. Auf Streitigkeiten über Ersatzansprüche, welche auf Grund des § 71 und Absatz 2, gegen den Bauherrn erhoben werden, findet die Vorschrift des Absatz 2, Anwendung.

#### G. Innungskrankenkassen.

3. Auf Krankenkassen, welche auf Grund der Vorschriften des Titels VI der Verordnung von Innungen für die Gesellen und Lehrlinge ihrer Mitglieder errichtet werden, finden die Vorschriften des § 19, Absatz 5, §§ 20 bis 22, 26 bis 28, 42, 46, 46a, 46b, 48a, Absatz 2, § 49a, Absatz 4, §§ 51 bis 53a, 54a Anwendung.



zuvor dem Vorstande der Ortskrankenkasse seinen Eintritt in die Innung nachgewiesen hat.

Mit dem Zeitpunkte, mit welchem versicherungspflichtige Personen Mitglieder einer Innungs-Krankenkasse werden, scheiden sie aus anderen auf Grund dieses Gesetzes errichteten Kassen, welchen sie bis dahin vermöge ihrer Beschäftigung angehört, aus.

Den Zeitpunkt, mit welchem eine neu errichtete Innungs-Krankenkasse ins Leben tritt, bestimmt die höhere Verwaltungsbehörde.

Im Uebrigen bleiben für diese Kassen die Vorschriften des Titels VI der Gewerbeordnung in Kraft.

## II. Verhältniss der Knappschaftskassen und der eingeschriebenen und anderen Hilfskassen zur Krankenversicherung.

§ 74. Für die Mitglieder der auf Grund berggesetzlicher Vorschriften errichteten Krankenkassen (Knappschaftskassen) tritt weder die Gemeinde-Krankenversicherung, noch die Verpflichtung, einer nach Maassgabe der Vorschriften dieses Gesetzes errichteten Krankenkasse anzugehören, ein.

Die statutenmässigen Leistungen dieser Kassen in Krankheitsfällen müssen die für die Betriebs- (Fabrik-) Krankenkassen vorgeschriebenen Mindestleistungen erreichen.

Die Vorschriften des § 26, Absatz 1 und Absatz 2, Satz 1, §§ 56a und 57a, finden auch auf Knappschaftskassen Anwendung.

Im Uebrigen bleiben die landesgesetzlichen Vorschriften über die Knappschaftskassen unberührt.

§ 75. Mitglieder der auf Grund des Gesetzes über die eingeschriebenen Hilfskassen vom 7. April 1876 (Reichs-Gesetzbl. S. 125) errichteten Kassen sind von der 1. Juni 1884 (Reichs-Gesetzbl. S. 54)

Verpflichtung, der Gemeinde-Krankenversicherung oder einer nach Maassgabe dieses Gesetzes errichteten Krankenkasse anzugehören, befreit, wenn die Hilfskasse, welcher sie angehören, allen ihren versicherungspflichtigen Mitgliedern oder doch derjenigen Mitgliederklasse, zu welcher der Versicherungspflichtige gehört, im Krankheitsfalle mindestens diejenigen Leistungen gewährt, welche nach Maassgabe der §§ 6 und 7 von der Gemeinde, in deren Bezirk der Versicherungspflichtige beschäftigt ist, zu gewähren sind. Die durch Kassenstatut begründeten Beschränkungen der Unterstützungsansprüche schliessen die Befreiung nicht aus, wenn sie sich innerhalb der Grenzen der den Gemeinden nach § 6a gestatteten Beschränkungen halten.

Tritt ein Mitglied einer eingeschriebenen Hilfskasse an einem Orte in Beschäftigung, an welchem das Krankengeld der Mitgliederkasse, der es bisher angehörte, hinter dem von der Gemeinde-Krankenversicherung zu gewährenden Krankengelde zurückbleibt, so gilt die Befreiung noch für die Dauer von zwei Wochen. Die Meldepflicht des Arbeitgebers (§ 49, Absatz 1) beginnt in diesen Fällen erst mit dem Ablauf dieser zwei Wochen.

Mitgliedern einer eingeschriebenen Hilfskasse, welche zugleich der Gemeinde-Krankenversicherung oder einer auf Grund dieses Gesetzes errichteten Krankenkasse angehören, kann an Stelle der freien ärztlichen Behandlung und Arznei eine Erhöhung des Krankengeldes um ein Viertel des Betrages des ortsüblichen Tagelohnes (§ 8) ihres Beschäftigungsortes gewährt werden.

Die vorstehenden Bestimmungen finden auch auf Mitglieder solcher auf Grund landesherrlicher Vorschriften errichteten Hilfskassen Anwendung, deren Statut von

er Staatsbehörde genehmigt ist und über die Bildung eines Reservefonds den §§ 32, entsprechende Bestimmungen enthält.

§ 75 a. Den eingeschriebenen Hülfskassen, sowie den im § 75, Absatz 4, eichneten, auf Grund landesrechtlicher Vorschriften errichteten Hülfskassen ist ihren Antrag eine amtliche Bescheinigung darüber auszustellen, dass sie, vorbehaltlich der Höhe des Krankengeldes, den Anforderungen des § 75 genügen.

Die Bescheinigung wird ausgestellt:

1. für Kassen, deren Bezirk über die Grenzen eines Bundesstaates nicht hinausht, von der Centralbehörde;
2. für Kassen, deren Bezirk über die Grenzen eines Bundesstaates hinausreicht, dem Reichskanzler.

Wird die Bescheinigung versagt, so sind die Gründe mitzuthellen.

Tritt in dem Statut der Kasse eine Aenderung ein, so ist von Amtswegen zu len, ob die Kasse den Anforderungen des § 75 auch ferner entspricht. Nach dem fall dieser Prüfung ist die Bescheinigung von Neuem zu ertheilen oder zu wider- n.

Die Bescheinigung und deren Widerruf sind in dem Falle zu 1 durch das für amtlichen Bekanntmachungen der Centralbehörde bestimmte Blatt, in dem Falle 2 durch den Reichsanzeiger bekannt zu machen.

§ 75 b. Bei Streitigkeiten über die Befreiung eines Mitgliedes einer Hülfskasse der Verpflichtung, einer Gemeinde-Krankenversicherung oder einer auf Grund es Gesetzes errichteten Krankenkasse anzugehören, ist für die Entscheidung der ge, ob die Kasse den Anforderungen des § 75 genügt, vorbehaltlich der Frage, ob : Krankengeld die Hälfte des ortsüblichen Lohnes gewöhnlicher Tagearbeiter am schäftigungsorte des Mitgliedes erreicht, die auf Grund des § 75 a ausgestellte scheinigung maassgebend.

Der Nachweis der Bescheinigung wird durch Vorlegung eines Exemplars des ssenstatuts geführt, in welchem das die Bekanntmachung enthaltende Blatt nach hrgang, Nummer und Seitenzahl angegeben ist.

§ 76. Die Bestimmungen der §§ 57 und 58, Absatz 2, finden auf die im § 75 eichneten Hülfskassen Anwendung.

#### J. Schluss-, Straf- und Uebergangsbestimmungen.

§ 76 a. Die Verwaltungen der Gemeinde-Krankenversicherung, sowie die Vor- tände der Krankenkassen und der im § 75 bezeichneten Hülfskassen sind verpflichtet, en Behörden von Gemeinden und Armenverbänden, welche auf Grund der ihnen ob- liegenden gesetzlichen Verpflichtung zur Unterstützung hilfsbedürftiger Personen ersicherte unterstützt haben, auf Erfordern Auskunft darüber zu ertheilen, ob und n welchem Umfange diesen Personen gegen sie Unterstützungsansprüche auf Grund lieses Gesetzes zustehen.

Die Verwaltungen der Gemeinde-Krankenversicherung, sowie die Vorstände der Krankenkassen und der im § 75 bezeichneten Hülfskassen sind ferner verpflichtet, den auf Grund der Unfallversicherungsgesetze bestehenden Berufsgenossenschaften, sowie den auf Grund des Gesetzes, betreffend die Invaliditäts- und Altersversicherung, vom 22. Juni 1889 (Reichs-Gesetzbl. S. 97) bestehenden Versicherungsanstalten zu gestatten, zum Zweck der Ermittlung der von ihren Mitgliedern, beziehungsweise den Arbeitgebern ihres Bezirks beschäftigten Versicherten und deren Beschäftigungs- zeit und Lohnhöhe durch Beauftragte von den Büchern und Listen der Kasse in deren Geschäftsräumen während der Geschäftsstunden Einsicht zu nehmen.

Die Mitglieder der Verwaltungen der Gemeinde-Krankenversicherung und Kassenvorstände können zur Erfüllung der ihnen durch vorstehende Bestimmungen auferlegten Verpflichtungen von der Aufsichtsbehörde durch Geldstrafen bis zu 20 M angehalten werden.

§ 76b. Die Verwaltung der Gemeinde-Krankenversicherung, sowie die Vorstände der Krankenkassen und der im § 75 bezeichneten Hilfskassen sind verpflichtet jeden Erkrankungsfall, welcher durch einen nach den Unfallversicherungsgesetzen zu entschädigenden Unfall herbeigeführt ist, sofern mit dem Ablauf der vierten Woche der Krankheit die Erwerbsfähigkeit des Erkrankten noch nicht wiederhergestellt ist, binnen einer Woche nach diesem Zeitpunkte dem Vorstände der Berufsgenossenschaft bei welcher der Erkrankte gegen Unfall versichert ist, anzuzeigen. Ist die Berufsgenossenschaft in Sectionen getheilt, so ist die Anzeige an den Sectionsvorstand zu richten. Zur Erstattung der Anzeige ist, sofern der Vorstand der Gemeinde oder Krankenkasse nicht eine andere Person damit beauftragt, der Rechnungsführer, örtliche Verwaltungsstellen der eingeschriebenen Hilfskassen dasjenige Mitglied, welches die Rechnungsgeschäfte derselben führt, verpflichtet.

Die Unterlassung der Anzeige kann von der Aufsichtsbehörde mit Ordnungstrafe bis zu zwanzig Mark geahndet werden.

§ 76c. In Erkrankungsfällen, welche durch Unfall herbeigeführt werden, ist die Berufsgenossenschaft berechtigt, das Heilverfahren auf ihre Kosten zu übernehmen. Vom Tage der Uebernahme an bis zur Beendigung des Heilverfahrens oder bis zum Ablauf der dreizehnten Woche nach Beginn des Krankengeldbezuges geht der Anspruch des Erkrankten auf Krankengeld auf die Berufsgenossenschaft über. Auf die gegen denselben Zeitraum alle Verpflichtungen über, welche der Krankenkasse dem Erkrankten gegenüber obliegen.

Streitigkeiten aus diesem Verhältniss werden, soweit sie zwischen dem Erkrankten und der Berufsgenossenschaft entstehen, nach Vorschriften des § 58 Absatz 1, soweit sie zwischen der Berufsgenossenschaft und der Gemeinde-Krankenversicherung oder Krankenkassen entstehen, nach Vorschrift des § 58 Absatz 2 entschieden.

§ 76d. Den Berufsgenossenschaften stehen in Beziehung auf die Anwendung der §§ 76a, 76b, 76c das Reich, die Staaten und diejenigen Verbände gleich, welche nach den Bestimmungen der Unfallversicherungsgesetze an die Stelle der Berufsgenossenschaften treten.

§ 76e. Gegen die Strafverfügungen, welche auf Grund der im § 6a Absatz 1 und § 26a Absatz 2 Ziffer 2a zugelassenen Bestimmungen getroffen worden sind, ist binnen zwei Wochen nach deren Eröffnung Beschwerde an die Aufsichtsbehörde zulässig. Die Entscheidung der letzteren ist endgültig.

Gegen die auf Grund der §§ 76a und 76b getroffenen Strafverfügungen ist binnen zwei Wochen nach deren Eröffnung Beschwerde an die nächst vorgesetzte Behörde zulässig. Die Entscheidung der letzteren ist endgültig.

§ 77. Die auf Grund dieses Gesetzes gewährten Leistungen, sowie die Unterstützungen, welche nach Maassgabe des § 57 Absatz 2 und 3 ersetzt sind, gelten nicht als öffentliche Armenunterstützungen.

§ 78. Die auf Grund dieses Gesetzes versicherten Personen sind in Streitigkeiten über Unterstützungsansprüche vom Kostenvorschuss befreit.

Amtliche Bescheinigungen, welche zur Legitimation von Kassen- und Verbandsvorständen oder zur Führung der den Versicherten nach Vorschriften dieses Gesetzes obliegenden Nachweise erforderlich werden, sind gebühren- und stempelfrei.

§ 78a. Bei der Berechnung einer in diesem Gesetze vorgesehenen Frist, welche

. Die Fristen und Formulare für die in den §§ 9, 41 vorgeschriebenen en und Rechnungsabschlüsse werden vom Bundesrath festgestellt. Min- n fünf zu fünf Jahren findet eine einheitliche Zusammenstellung und Ver- für das Reich statt.

1. Den Arbeitgebern ist untersagt, die Anwendung der Bestimmungen dieses um Nachtheile der Versicherten durch Verträge (mittelst Reglements oder Uebereinkunft) auszuschliessen oder zu beschränken. Vertragsbestimmun- de diesem Verbote zuwiderlaufen, haben keine rechtliche Wirkung.

. Wer der ihm nach § 49 oder nach den auf Grund des § 2 Absatz 2 er- bestimmungen obliegenden Verpflichtung zur An- oder Abmeldung oder der § 49a obliegenden Anzeigepflicht nicht nachkommt, wird mit Geldstrafe unzig Mark bestraft.

. Arbeitgeber, welche den von ihnen beschäftigten, dem Krankenversiche- ge unterliegenden Personen bei der Lohnzahlung vorsätzlich höher als die 3, 65 zulässigen Beträge in Anrechnung bringen, oder der Bestimmung des z 3, oder dem Verbote des § 80 entgegenhandeln, werden, sofern nicht nach esetzlichen Bestimmungen eine härtere Strafe eintritt, mit Geldstrafe bis zu rt Mark oder mit Haft bestraft.

2a. Die Arbeitgeber sind befugt, die Erfüllung der ihnen durch dieses Ge- legten Verpflichtungen solchen Personen zu übertragen, welche sie zur hres Betriebes oder eines Theiles desselben oder zur Beaufsichtigung be- en.

Die in diesem Gesetze gegebenen Vorschriften von solchen Personen über- den, so trifft die Strafe die letzteren. Der Arbeitgeber ist neben denselben wenn die Zuwiderhandlung mit seinem Vorwissen begangen ist, oder wenn nach den Verhältnissen möglichen eigenen Beaufsichtigung des Betriebes, er Auswahl oder der Beaufsichtigung der Betriebsleiter oder Aufsichtspers- an der erforderlichen Sorgfalt hat fehlen lassen.

den Erstattungsanspruch aus § 50 haftet neben dem zur Anmeldung etwa ten Betriebsleiter oder Aufseher in allen Fällen auch der Arbeitgeber.

betheiligte versicherungspflichtige Person angehört, in Ermangelung einer solchen Kasse der Gemeinde-Krankenversicherung.

§ 83. Die in diesem Gesetze für Gemeinden getroffenen Bestimmungen gelten auch für die einem Gemeindeverbande nicht einverleibten selbstständigen Gutsbezirke und Gemarkungen (ausmärkische Bezirke) mit Ausnahme des § 5 Absatz 2 und des § 13. Soweit aus denselben der Gemeinde Rechte und Pflichten erwachsen, tritt an ihre Stelle der Gutsherr oder Gemarkungsberechtigte.

§ 84. Die Bestimmung darüber, welche Behörden in jedem Bundesstaate und Gemeindebehörde, höhere Verwaltungsbehörde, und welche Verbände als weitere Communalverbände im Sinne dieses Gesetzes zu verstehen sind, bleibt den Landesregierungen mit der Maassgabe überlassen, dass mit den von den höheren Verwaltungsbehörden wahrzunehmenden Geschäften diejenigen höheren Verwaltungsbehörden zu betrauen sind, welche nach Landesrecht die Aufsicht oder Oberaufsicht in Gemeindeangelegenheiten wahrzunehmen haben.

Die auf Grund dieser Vorschrift erlassenen Bestimmungen sind bekannt zu machen.

Bei Betriebs- (Fabrik-) und Baukrankenkassen, welche ausschliesslich für Betriebe des Reiches oder des Staates errichtet werden, können die Befugnisse und die Befugnisse der Aufsichtsbehörde und der höheren Verwaltungsbehörde den Verwaltungen dieser Betriebe vorgesetzten Dienstbehörden übertragen werden.

§§ 85–87 enthalten Uebergangsbestimmungen.

b) Gesetz, betreffend die Unfall- und Krankenversicherung der in land- und forstwirthschaftlichen Betrieben beschäftigten Personen. Vom 5. Mai 1886 (Reichs-Gesetzbl., S. 132).

(Die durch die spätere Gesetzgebung aufgehobenen Paragraphen sind nicht mit abgedruckt.)

B. Krankenversicherung.

§ 133. Werden durch die Landesgesetzgebung in der Land- oder Forstwirtschaft gegen Gehalt oder Lohn beschäftigte Personen der Krankenversicherungspflicht nach Maassgabe des Krankenversicherungsgesetzes vom 15. Juni 1883 (Reichs-Gesetzbl. S. 73) unterworfen, so findet letzteres Gesetz mit den aus den §§ 134 bis 142 dieses Gesetzes sich ergebenden Aenderungen Anwendung. Dasselbe gilt, wenn durch statutarische Bestimmungen auf Grund des § 2 des Krankenversicherungsgesetzes die Anwendung der Vorschriften des § 1 des letzteren auf solche Personen erstreckt wird.

§ 134. Gemeinden oder weitere Communalverbände können bei dem Erlasse statutarischer Bestimmungen über die Krankenversicherung land- und forstwirtschaftlicher Arbeiter beschliessen, dass diese Bestimmungen auch auf ausserhalb des Communalbezirks liegende Theile solcher Betriebe sich erstrecken sollen, deren Sitz innerhalb des Bezirks der Gemeinde oder des weiteren Communalverbandes belegen ist.

§ 136. Personen, welche erweislich mindestens für dreizehn Wochen nach der Erkrankung dem Arbeitgeber gegenüber einen Rechtsanspruch auf eine den Bestimmungen des § 6 des Krankenversicherungsgesetzes entsprechende oder gleichwerthige Unterstützung haben, sind auf den Antrag des Arbeitgebers von der Versicherungspflicht zu befreien, sofern die Leistungsfähigkeit desselben genügend gesichert ist.

Ueber den Antrag entscheidet die Verwaltung der Gemeinde-Krankenversicherung oder der Vorstand der Krankenkasse, welcher die zu befreiende Person angehört würde. Wird die Leistungsfähigkeit des Arbeitgebers beanstandet, so ist der Antrag an die Aufsichtsbehörde zur Entscheidung abzugeben.

Die Entscheidung über den Befreiungsantrag ist den Beteiligten zu eröffnen vorläufig vollstreckbar. Gegen dieselbe steht jedem Beteiligten binnen zwei Wochen die Beschwerde an die vorgesetzte Aufsichtsbehörde zu.

Die Befreiung gilt für die Dauer des Arbeitsvertrages. Sie hört vor der Beendigung derselben auf:

1. wenn dies von der im Absatz 2 bezeichneten Aufsichtsbehörde wegen nicht genügender Leistungsfähigkeit des Arbeitgebers — sei es von Amtswegen, sei es aufschlag der Verwaltung der Gemeinde-Krankenversicherung oder des Vorstandes Krankenkasse — angeordnet wird.

2. wenn der Arbeitgeber die befreite Person zur Krankenversicherung anmeldet. Anmeldung ist im Falle einer zur Zeit derselben bereits eingetretenen Erkrankung ohne rechtliche Wirkung.

Insoweit einer nach Absatz 1 befreiten Person im Falle der Erkrankung von dem Arbeitgeber eine den Bestimmungen des § 6 des Krankenversicherungsgesetzes entsprechende oder gleichwerthige Unterstützung nicht gewährt wird, ist dieselbe auf Antrag von der betreffenden Gemeinde-Krankenversicherung oder Krankenkasse zu führen. Die hiernach gemachten Aufwendungen sind von dem Arbeitgeber zu ersetzen.

Streitigkeiten über Unterstützungsansprüche, welche gegen die Gemeinde-Krankenversicherung oder Krankenkasse auf Grund des vorstehenden Absatzes entstehen, werden nach Maassgabe des § 12, Absatz 1, Streitigkeiten über Ersatzsprüche zwischen der Gemeinde-Krankenversicherung oder Krankenkasse einerseits und dem Arbeitgeber andererseits nach Maassgabe des § 12, Absatz 2, dieses Gesetzes entschieden.

§ 137. Für versicherungspflichtige Personen, welche erweislich auf Grund eines mindestens für die Dauer eines Jahres abgeschlossenen Arbeitsvertrages

1. jährliche Naturalleistungen mindestens im dreihundertfachen Werthe des von der Gemeinde-Krankenversicherung beziehungsweise Krankenkasse für einen Krankentag zu zahlenden Krankengeldes beziehen, oder für den Krankentag einen Arbeitslohn an Geld oder Naturalleistungen erhalten, welcher von der Gemeinde-Krankenversicherung beziehungsweise Krankenkasse zu zahlenden täglichen Krankengeldes mindestens gleichkommt, und
2. auf Fortgewährung dieser Leistungen, innerhalb der Geltungsdauer des Arbeitsvertrages, für mindestens dreizehn Wochen nach der Erkrankung einen Rechtsanspruch haben,

tritt auf Antrag des Arbeitgebers während der Geltungsdauer des Arbeitsvertrages eine Ermässigung der Versicherungsbeiträge ein, wogegen das Krankengeld in Wegfall kommt.

Die Ermässigung der Beiträge erfolgt in demselben Verhältniss, in welchem die Höhe des Krankengeldes zu dem Werthe der sonstigen Kassenleistungen steht. Dies Verhältniss ist durch statutarische Bestimmung festzustellen, welche für die Gemeinde-Krankenversicherung von der Gemeinde, für die gemeinsame Gemeinde-Krankenversicherung (§ 12 des Krankenversicherungsgesetzes) durch den weiteren Communalverband, für Orts- und Betriebskrankenkassen durch das Kassenstatut zu treffen ist. Die statutarischen Bestimmungen der Gemeinden und weiteren Communalverbände bedürfen der Genehmigung der höheren Verwaltungsbehörde; auf die Festsetzung durch das Kassenstatut findet § 24 des Krankenversicherungsgesetzes Anwendung. Wo weitere Communalverbände nicht bestehen, erfolgt die Festsetzung für die gemeinsame Gemeinde-Krankenversicherung durch die höhere Verwaltungsbehörde. So lange eine endgültige Festsetzung dieses Beitragsverhältnisses nicht erfolgt ist, wird für

die nach Absatz 1 versicherten Personen der dritte Theil der für andere Kassenglieder geltenden Beiträge entrichtet.

Soweit die im Absatz 1, Ziffer 1 bezeichneten Leistungen im Falle der Erkrankung von dem Arbeitgeber nicht in Gemässheit des Arbeitsvertrages, auf Grund dessen die Ermässigung der Beiträge erfolgt ist, gewährt werden, ist dem Erkrankten auf Antrag das Krankengeld von der Gemeinde-Krankenversicherung oder Krankenkasse zu zahlen und derselben von dem Arbeitgeber zu ersetzen. Streitigkeiten über solche Ersatzansprüche werden nach Maassgabe des § 12, Absatz 2 dieses Gesetzes entschieden.

§ 138. Durch statutarische Bestimmung (§ 137 Absatz 2) kann eine entsprechende Kürzung des Krankengeldes und der Beiträge auch für solche Versicherten angeordnet werden, welche in Krankheitsfällen auf Grund ihres Arbeitsvertrages weniger als die im § 137 Absatz 1 festgesetzten Geld- oder Naturalleistungen beziehen. Die Kürzung muss dem Verhältnisse entsprechen, in welchem der Werth dieser Leistungen zu der Höhe des Krankengeldes steht. Im Uebrigen finden die Bestimmungen des § 137 auch auf Fälle dieser Art Anwendung.

§ 141. Die auf Grund der §§ 2, 49 bis 52 Absatz 1, 53, 54 des Krankenversicherungsgesetzes erlassenen statutarischen Bestimmungen sind, soweit sie den vorstehenden Vorschriften zuwiderlaufen, bis zum 1. Januar 1887 mit denselben in Uebereinstimmung zu bringen. Soweit dies nicht geschieht, kann die Landes-Zentralbehörde nach Ablauf dieser Frist solche statutarischen Bestimmungen ganz oder theilweise ausser Kraft setzen.

Der § 3 Absatz 2 des Krankenversicherungsgesetzes findet auf die unter § 1 des gegenwärtigen Gesetzes fallenden Personen keine Anwendung.

§ 142. Durch statutarische Bestimmung einer Gemeinde für ihren Bezirk oder eines weiteren Kommunalverbandes für seinen Bezirk oder Theile desselben können Personen, welche innerhalb des betreffenden Bezirks wohnen und, ohne zu einem bestimmten Arbeitgeber in einem dauernden Arbeitsverhältnisse zu stehen, vorwiegend in land- oder forstwirtschaftlichen Betrieben dieses Bezirks gegen Lohn beschäftigt sind, auch für diejenige Zeit, in welcher eine Beschäftigung gegen Lohn nicht stattfindet, der Krankenversicherungspflicht unterworfen und, solange sie nicht zu einer die Versicherungspflicht begründenden Beschäftigung in einem anderen Erwerbszweige übergehen oder Mitglieder einer Betriebskrankenkasse werden, in diesem Bezirke zur Versicherung herangezogen werden.

Die nach solcher statutarischen Bestimmung versicherungspflichtigen Personen sind der Gemeinde-Krankenversicherung oder Ortskrankenkasse, welcher die sonstigen versicherungspflichtigen land- und forstwirtschaftlichen Arbeiter angehören, durch die Gemeindebehörde zu überweisen. Ihre Versicherung beginnt mit dem Tage ihrer Ueberweisung.

Die Ueberweisung ist zurückzunehmen, wenn die Voraussetzungen ihrer Zulässigkeit aufhören.

Die Ueberweisung, sowie der die Zurücknahme derselben ablehnende Bescheid kann nach Maassgabe des § 12 Absatz 2 dieses Gesetzes angefochten werden.

Ob und inwieweit die Vorschriften der §§ 49 bis 53 des Krankenversicherungsgesetzes auf die Arbeitgeber dieser Personen Anwendung finden, ist durch statutarische Bestimmungen zu regeln.

Solange solche Personen nach Maassgabe des Absatzes 1 in dem Bezirke ihres Wohnortes gegen Krankheit versichert sind, fällt ihre Verpflichtung zum Beitritt zu einer anderen Kasseneinrichtung für land- oder forstwirtschaftliche Arbeiter fort.

Die nach Absatz 1 und 5 zulässigen statutarischen Vorschriften bedürfen der Genehmigung der höheren Verwaltungsbehörde.

**Gesetz über die eingeschriebenen Hilfskassen.** Vom April 1876. (Reichs-Gesetzbl. 1876, S. 125) in der Fassung vom 1. Juni 1884. (Reichs-Gesetzbl. 1884, S. 54.)

(Die durch die spätere Gesetzgebung aufgehobenen Paragraphen sind nicht mitdruckt.)

§ 1. Kassen, welche die gegenseitige Unterstützung ihrer Mitglieder für den der Krankheit bezwecken und auf freier Uebereinkunft beruhen, erhalten die Rechte einer eingeschriebenen Hilfskasse unter den nachstehend angegebenen Bedingungen.

§ 2. Die Kasse hat einen Namen anzunehmen, welcher von dem aller anderen, an demselben Orte oder in derselben Gemeinde befindlichen Hilfskassen verschieden und die zusätzliche Bezeichnung: „eingeschriebene Hilfskasse“ enthält.

§ 3. Das Statut der Kasse muss Bestimmung treffen:

1. über Namen, Sitz und Zweck der Kasse;
2. über den Beitritt und Austritt der Mitglieder;
3. über die Höhe der Beiträge;
4. über die Voraussetzungen, die Art und den Umfang der Unterstützungen;
5. über die Bildung des Vorstandes, über die Legitimation seiner Mitglieder und den Umfang seiner Befugnisse;
6. über die Zusammensetzung und Berufung der Generalversammlung und über die Art ihrer Beschlussfassung;
- 6a. über die Bildung und die Befugnisse der örtlichen Verwaltungsstellen, falls solche errichtet werden sollen;
7. über die Abänderung des Statuts;
8. über die Verwendung des Kassenvermögens im Falle der Auflösung oder Schließung der Kasse;
9. über die Aufstellung und Prüfung der Jahresrechnung.

Das Statut darf keine Bestimmung enthalten, welche mit dem Zwecke der Kasse nicht in Verbindung steht oder den Vorschriften dieses Gesetzes zuwiderläuft.

§ 4. Das Statut ist in zwei Exemplaren dem Vorstände der Gemeinde, in deren Bezirk die Kasse ihren Sitz nimmt, von den mit der Geschäftsleitung vorläufig beauftragten Personen oder von dem Vorstände der Kasse in Person einzureichen. Der Gemeindevorstand hat das Statut der höheren Verwaltungsbehörde ungesäumt zu übersenden; diese entscheidet über die Zulassung der Kasse. Der Bescheid ist innerhalb sechs Wochen zu ertheilen.

Die Zulassung darf nur versagt werden, wenn das Statut den Anforderungen dieses Gesetzes nicht genügt. Wird die Zulassung versagt, so sind die Gründe mitzutheilen. Gegen die Versagung steht der Rekurs zu; wegen des Verfahrens und der Behörden gelten die Vorschriften der §§ 20 und 21 der Gewerbeordnung. In Elsaß-Lothringen finden statt derselben die dort geltenden Bestimmungen über das Verfahren in streitigen Verwaltungssachen entsprechende Anwendung. Wird die Zulassung ausgesprochen, so ist eine Ausfertigung des Statuts, versehen mit dem Vermerke der erfolgten Zulassung, zurückzugeben.

Abänderungen des Statuts unterliegen den gleichen Vorschriften. Ueber die Zulassung einer Abänderung, durch welche der Sitz der Kasse verlegt werden soll, hat die Behörde des alten Sitzes zu entscheiden.

Die Zulassung einer Kasse, welche örtliche Verwaltungsstellen einrichtet, ist bei derjenigen Verwaltungsbehörde zu erwirken, in deren Bezirk die Hauptkasse ihren Sitz nimmt.



Die höhere Verwaltungsbehörde hat die Namen der zugelassenen Hilfskassen in ein Register einzutragen.

§ 5. Die Kasse kann unter ihrem Namen Rechte erwerben und Verbindlichkeiten eingehen, Eigenthum und andere dingliche Rechte an Grundstücken erworben, vor Gericht klagen und verklagt werden.

Für alle Verbindlichkeiten der Kasse haftet den Kassengläubigern nur das Vermögen der Kasse.

Der ordentliche Gerichtsstand der Kasse ist bei dem Gerichte, in dessen Bezirk sie ihren Sitz hat.

§ 6. Zum Beitritt der Mitglieder ist eine schriftliche Erklärung oder die Zeichnung des Statuts erforderlich. Handzeichen Schreibensunkundiger bedürft Beglaubigung durch ein Mitglied des Vorstandes oder einer örtlichen Verwaltungsstelle; vergleiche 19a ff.

Der Beitritt darf von der Betheiligung an anderen Gesellschaften oder Vereinen nur dann abhängig gemacht werden, wenn eine solche Betheiligung für sämtliche Mitglieder bei Errichtung der Kasse durch das Statut vorgesehen ist. Im Uebrigen darf den Mitgliedern die Verpflichtung zu Handlungen oder Unterlassungen, welche mit dem Kassenzweck in keiner Verbindung stehen, nicht auferlegt werden.

§ 7. Das Recht auf Unterstützung aus der Kasse beginnt für sämtliche Mitglieder spätestens mit dem Ablauf der dreizehnten auf den Beitritt folgenden Woche. Hat ein Mitglied bereits das Recht auf Unterstützung erworben, so verbleibt dasselbe auch nach dem Austritte oder Ausschlusse für die nach Absatz 1 festgesetzte Frist. Ist der Ausschluss wegen Zahlungssäumniß erfolgt, so läuft diese Frist vom Tage, bis zu welchem die Beiträge bezahlt sind.

Für die erste Woche nach dem Beginn der Krankheit kann die Gewährung Unterstützung ausgeschlossen werden.

Der völlige oder theilweise Ausschluss der Unterstützung ist nur in solchen Krankheiten zulässig, welche sich die Mitglieder vorsätzlich oder schuldhaft an Schlägereien oder Raufhändeln, durch Trunkfälle oder geschlechtliche Ausschweifungen zugezogen haben. Soweit die Unterstützung Gewährung freier ärztlicher Behandlung oder Arznei besteht, kann sie auch in solchen Fällen nicht ausgeschlossen werden.

§ 8. Die Mitglieder sind der Kasse gegenüber lediglich zu den auf Grund Gesetzes und des Statuts festgestellten Beiträgen verpflichtet.

Nach Maassgabe des Geschlechts, des Gesundheitszustandes, des Lebensalters, der Beschäftigung oder des Beschäftigungsortes der Mitglieder darf die Höhe der Beiträge verschieden bemessen werden.

Die Einrichtung von Mitgliederkassen mit verschiedenen Beitrags- und Unterstützungssätzen ist zulässig.

Im Uebrigen müssen die Beiträge und Unterstützungen für alle Mitglieder gleichen Grundsätzen abgemessen werden.

§ 10. Der Anspruch auf Unterstützung kann mit rechtlicher Wirkung weder verpfändet, noch übertragen, noch gepfändet und darf nur auf geschuldete Beiträge gerechnet werden.

§ 12. Als Krankenunterstützung können den Mitgliedern Krankengeld, ärztliche Behandlung, Arznei und andere Heilmittel, Verpflegung in einem Krankenhause, sowie die geeigneten Mittel zur Erleichterung der ihnen nach der Genesung verbliebenen körperlichen Mängel gewährt werden.

Auch kann die Krankenunterstützung an Wöchnerinnen gewährt und die Gewährung ärztlicher Behandlung auf die Familienangehörigen der Mitglieder ausgedehnt werden.

zulässig, bei dem Wegfall einer der Aufnahme bedingenden Voraussetzung, nur in Folge einer Zahlungssäumniß oder einer solchen strafbaren Handlung, welche eine Verletzung der Bestimmungen des Statuts in sich schliesst. Wegen Ueberschreitung der Grenze, über welche hinaus nach Bestimmung des Statuts Mitglieder nicht aufgenommen werden, und wegen Veränderung des Gesundheitszustandes, von welchem nach Bestimmung des Statuts die Aufnahme abhängig ist, darf der Ausschluss nicht stattfinden. Wegen des Austrittes oder Ausschlusses aus einer Gesellschaft oder einem Verein können Mitglieder nicht ausgeschlossen werden, wenn sie der Kasse bereits Beiträge eingezahlt haben. Erfolgt ihre Ausschliessung vor Ablauf dieser Zeit, so haben sie Anspruch auf Ersatz des von ihnen bezahlten Eintrittsgeldes.

§ 16—22 behandeln den Vorstand, den Ausschuss, die örtlichen Verwaltungsstellen, die Mitgliederversammlungen derselben, die Generalversammlung, sowie deren Befugnisse.

§ 24—26 handeln von der Verwaltung der Kasse, von dem Reservefonds, sowie von der Erhöhung oder Verminderung der Beiträge.

27. Die Kasse ist verpflichtet, in den vorgeschriebenen Fristen und nach den vorgeschriebenen Formularen Uebersichten über die Mitglieder, über die Krankheitsfälle, über die vereinnahmten Beiträge und die geleisteten Unterstützungen, sowie einen Rechnungsabschluss der Aufsichtsbehörde einzusenden.

Die Kasse hat das Ausscheiden der Mitglieder auf Erfordern den Aufsichtsbehörden, im Bezirk dieselben sich aufhalten, anzuzeigen. Für Mitglieder, welche sich im Bezirk einer örtlichen Verwaltungsstelle aufhalten, liegt diese Verpflichtung der Kasse ob.

§ 28—31 handeln von der Auflösung und der Schliessung der Kasse.

32. Bis zum Ablaufe eines Jahres nach Auflösung oder Schliessung einer Kasse kann einer für die gleichen Zwecke und für denselben Mitgliederkreis oder für Theil desselben neu errichteten Kasse die Zulassung versagt werden.

33. Die Kassen und ihre örtlichen Verwaltungsstellen unterliegen in Bezug auf die Befolgung dieses Gesetzes der Beaufsichtigung durch die von den Landesregierungen zu bestimmenden Behörden, mit der Maassgabe, dass mit den von den Verwaltungsstellen zu bestimmenden Behörden die Gesetze über die Befugnisse der

ehundert Mark, sowie durch die sonstigen nach den Landesgesetzen ihr zustehenden Zwangsmittel anhalten. Gegen die Androhung und Festsetzung von Geldstrafen beziehungsweise Anwendung von Zwangsmitteln seitens der Aufsichtsbehörden sind den Kassenvorständen der Recurs zu; wegen des zu Verfahrens und der Behörden geht die Vorschriften der §§ 20 und 21 der Reichs-Gewerbeordnung.

§ 34. Mitglieder des Vorstandes, des Ausschusses oder einer örtlichen Verwaltungsstelle, welche den Bestimmungen dieses Gesetzes zuwiderhandeln, werden mit Geldstrafe bis zu dreihundert Mark bestraft. Haben sie absichtlich zum Nachtheil der Kasse gehandelt, so unterliegen sie der Strafbestimmung des § 266 des Strafgesetzbuchs.

§ 35. Eine Vereinigung mehrerer Kassen zu einem Verbands behufs gegenseitiger Aushilfe kann unter Zustimmung der Generalversammlung der einzelnen Kassen und auf Grund eines schriftlichen Statuts erfolgen.

Der Verband ist durch einen aus der Wahl der Vorstände oder Ausschüsse der beteiligten Kassen hervorgegangenen Vorstand zu verwalten. Seine Pflichten und Befugnisse bestimmt das Statut. Sein Sitz darf nur an einem Orte sein, wo eine der beteiligten Kassen ihren Sitz hat.

Der Verband unterliegt nach Maassgabe des § 33 der Aufsicht der höheren Verwaltungsbehörde desjenigen Bezirks, in welchem der Vorstand seinen Sitz hat.

Auf die Mitglieder des Vorstandes und die sonstigen Organe des Verbandes finden die Bestimmungen des § 34 Anwendung.

§ 35a. Die Eintragungen in das Hilfskassenregister und die gemäss § 17 zu ertheilenden Zeugnisse sind gebühren- und stempelfrei.

§ 36. Die Verfassung und die Rechte der auf Grund landesrechtlicher Vorschriften errichteten Hilfskassen werden durch dieses Gesetz nicht berührt; die Kassen können jedoch durch die Landesregierungen zur Einsendung der im § 27 bezeichneten Übersichten verpflichtet werden.

In Ansehung der Kassen der Knappschaftsvereine verbleibt es bei den dafür maassgebenden besonderen Bestimmungen.

## 2. Unfallversicherung.

Bekanntmachung des Textes der Unfallversicherungsgesetze vom 30. Juni 1900.  
Vom 5. Juli 1900. (Reichs-Gesetzbl. S. 573.)

Auf Grund der im § 28 des Gesetzes, betreffend die Abänderung der Unfallversicherungsgesetze, vom 30. Juni 1900 (Reichs-Gesetzbl. S. 335) ertheilten Ermächtigung wird der Text der Unfallversicherungsgesetze unter fortlaufender Nummernfolge der Paragraphen jedes einzelnen dieser Gesetze nachstehend bekannt gemacht.

### a) Gesetz, betreffend die Abänderung der Unfallversicherungsgesetze.

#### Abänderung der bisherigen Gesetze.

§ 1. Das Unfallversicherungsgesetz vom 6. Juli 1884 (Reichs-Gesetzbl. S. 69), der Abschnitt A des Gesetzes, betreffend die Unfall- und Krankenversicherung der in land- und forstwirtschaftlichen Betrieben beschäftigten Personen, vom 3. Mai 1886 (Reichs-Gesetzbl. S. 132), das Gesetz, betreffend die Unfallversicherung der bei Bauten beschäftigten Personen, vom 11. Juli 1887 (Reichs-Gesetzbl. S. 287) und das Gesetz, betreffend die Unfallversicherung der Seeleute und anderer bei der Seeschiff-

## Schiedsgerichte.

Die Entscheidung von Streitigkeiten über Entschädigungen auf Grund der Versicherungsgesetze wird den gemäss §§ 103 ff. des Invalidenversicherungsgesetzes errichteten Schiedsgerichten übertragen. Diese führen fortan die Bezeichnung „Schiedsgericht für Arbeiterversicherung“ mit Angabe des Bezirkes und des Namens der Streitigkeiten über Entschädigungen für die Folgen von Unfällen in Betrieben, für welche zugelassene besondere Kasseneinrichtungen bestehen (§§ 8, 10, 11 des Invalidenversicherungsgesetzes), treten die für diese errichteten Schiedsgerichte an die Stelle der Schiedsgerichte für Arbeiterversicherung.

Die bisherigen Schiedsgerichte für die einzelnen Berufsgenossenschaften und Unfallversicherungsbehörden werden aufgehoben. Die bei diesen Gerichten schwebenden Streitigkeiten gehen in der Lage, in welcher sie sich zu dem im § 25 Abs. 1 bezeichneten Zeitpunkt befinden, auf die nach diesem Gesetze zuständigen Schiedsgerichte über und sind von diesen zu erledigen.

Die Zahl der Beisitzer der Schiedsgerichte (§ 104 Absatz 3 des Invalidenversicherungsgesetzes) kann von der Centralbehörde des Bundesstaats, in welchem das Schiedsgericht belegen ist, oder von der durch sie bestimmten anderen Behörde ernannt werden; dabei kann zugleich bestimmt werden, wieviel Beisitzer am Schiedsgericht oder in dessen naher Umgebung wohnen oder beschäftigt sind. Erstreckt sich der Bezirk des Schiedsgerichts über Gebiete oder Gebiets-theile mehrerer Bundesstaaten, so wird die Bestimmung, sofern ein Einverständniss zwischen den theiligten Landesregierungen nicht erzielt wird, vom Reichskanzler getroffen. Die Zahl der Beisitzer muss aus der Klasse der Arbeitgeber und der Arbeitnehmer mindestens je zwanzig betragen.

Die Schiedsgerichte, deren Bezirk Theile der Seeküste umfasst, sind zu Vernehmlichern der Versicherten (§ 88 Abs. 2 a. a. O.) auch befahrene Schiffahrtskundige, die der Seefahrt, Correspondentenheder oder Bevollmächtigte (§ 33 des See-Unfallversicherungsgesetzes) sind, wählbar.

Die für den Sitz des Schiedsgerichts zuständige Landes-Centralbehörde entscheidet, durch sie bestimmte andere Behörde entscheidet, wieviel Beisitzer von dem

dem Vorstand einer für den Bezirk in Betracht kommenden Berufsgenossenschaft oder Section oder einer für den Bezirk in Betracht kommenden Ausführungsbehörde angehören, sowie die Vertrauensmänner. Die zur Vertretung der Versicherten bestimmten Beisitzer sind aus den Personen zu wählen, welche in einem der Genossenschaft zugehörenden oder der Ausführungsbehörde unterstehenden Betriebe beschäftigt sind.

Wird die im Absatz 1 bezeichnete Anordnung für eine Knappschafts-Berufsgenossenschaft getroffen, so kann durch deren Statut bestimmt werden, dass die zur Vertretung der Versicherten bestimmten Beisitzer von den Knappschaftsältesten zu wählen sind.

§ 6. Solange und soweit die festgesetzte Zahl von Beisitzern nicht gewählt ist oder die Gewählten ihre Dienstleistung verweigern, hat die untere Verwaltungsbehörde, in deren Bezirke sich der Sitz des Schiedsgerichts befindet, die fehlenden Beisitzer aus der Zahl der wählbaren Personen zu berufen.

§ 7. Bei der Verhandlung sind, soweit es sich um Unfälle in der Land- und Forstwirtschaft oder im Bergbaubetriebe handelt, Beisitzer aus diesen Berufszweigen, im Uebrigen Beisitzer aus den sonstigen der Versicherung unterliegenden Betrieben zuzuziehen. Ausnahmen sind nur in einzelnen Fällen aus besonderen Gründen zulässig.

Im Uebrigen kann der Vorsitzende des Schiedsgerichts auf Antrag der Berufsgenossenschaft, der Ausführungsbehörde oder eines Entschädigungsberechtigten zur Verhandlung und Entscheidung in einem einzelnen Falle, abweichend von der festgesetzten Reihenfolge, Beisitzer aus den Betrieben derjenigen Berufsgenossenschaft oder Ausführungsbehörde zuziehen, welcher der Betrieb, in dem sich der Unfall ereignet hat, angehört. Sofern solche Beisitzer nicht vorhanden sind, können Beisitzer aus anderen Betrieben bestimmt werden, die dem Betrieb, in welchem sich der Unfall ereignet hat, wirtschaftlich nahe stehen. Hat der Vorsitzende einen solchen Antrag abgelehnt, so kann vor Beginn der Verhandlung eine Entscheidung des Schiedsgerichts über den Antrag beansprucht werden, welche endgültig ist.

§ 8. Das Schiedsgericht wählt bei Beginn eines jeden Geschäftsjahrs in seiner ersten Spruchszitzung, in der Regel nach Anhörung der für den betreffenden Bezirk oder Bundesstaat zuständigen Aerztevertretung, aus der Zahl der am Sitze des Schiedsgerichts wohnenden approbirten Aerzte diejenigen aus, welche als Sachverständige bei den Verhandlungen vor dem Schiedsgericht in der Regel nach Bedarf zuzuziehen sind. Den zugezogenen Sachverständigen ist zur Abgabe ihres Gutachtens Einsicht in die Acten des Schiedsgerichts und der Berufsgenossenschaft zu gewähren. Die Namen der gewählten Aerzte sind öffentlich bekannt zu machen.

Im Uebrigen wird die Durchführung dieser Bestimmung durch die Landes-Centralbehörde geregelt.

§ 9. Das Schiedsgericht ist befugt, denjenigen Theil des Betriebes, in welchem der Unfall vorgekommen ist, in Augenschein zu nehmen. Weigert sich der Betriebsunternehmer oder dessen Stellvertreter, die Einnahme des Augenscheins zu gestatten, so ist er hierzu auf Antrag des Schiedsgerichtsvorsitzenden durch die Ortspolizeibehörde anzuhalten.

Soll die Augenscheinseinnahme in einem Dienstraum einer Behörde oder in einem Fahrzeuge der Kaiserlichen Marine stattfinden, so ist die zuständige Dienstbeziehungsweise Commandobehörde um Gestattung derselben zu ersuchen.

Die Beisitzer haben über die Thatfachen, welche durch die Besichtigung des Betriebes zu ihrer Kenntniss kommen, Verschwiegenheit zu beobachten und sich der Nachahmung der von dem Betriebsunternehmer geheim gehaltenen, zu ihrer Kenntniss gelangten Betriebseinrichtungen und Betriebsweisen, solange als diese Betriebsgeheimnisse sind, zu enthalten.

ingsanstalt von den beteiligten Berufsgenossenschaften und Ausführungsantheilig zu erstatten. Dabei wird das Verhältniss zu Grunde gelegt, in die Zahl derjenigen gegen ihre Bescheide eingelegten Berufungen, welche in ihre erledigt worden sind, zur Gesamtzahl der vor dem Schiedsgericht in Zeitraum erledigten Berufungen steht. Die Vertheilung der Kosten auf die Ingsanstalten, die Berufsgenossenschaften und Ausführungsbehörden erfolgt Vorsitzenden des Schiedsgerichts.

Kosten des Verfahrens, welche durch die einzelnen Streitfälle erwachsen, he besondere Kosten, welche durch die ausnahmsweise Zuziehung von Beimäss § 7 Absatz 2 entstehen, sind von demjenigen Träger der Versicherung , gegen dessen Bescheid die Berufung eingelegt ist.

Reichs-Versicherungsamt ist befugt, hierüber nähere Bestimmungen zu

Schiedsgericht ist befugt, den Beteiligten solche Kosten des Verfahrens zu gen, welche durch Muthwillen oder durch ein auf Verschleppung oder Irreerechnetes Verhalten derselben veranlasst worden sind.

#### Reichs-Versicherungsamt.

11--14 handeln von dem Reichsversicherungsamte, seinen Mitgliedern und

1. Die Entscheidungen des Reichs-Versicherungsamts sind endgültig, soweit setzen nicht ein Anderes bestimmt ist.

2. Die Entscheidungen des Reichs-Versicherungsamts erfolgen in der Be- on fünf Mitgliedern einschliesslich des Vorsitzenden, unter denen sich je ein der Arbeitgeber und der Versicherten befinden muss, und unter Zuziehung ichterlichen Beamten, wenn es sich handelt

3. Die Entscheidung auf Recurse gegen die Entscheidungen der Schieds-

4. Die Entscheidung vermögensrechtlicher Streitigkeit bei Veränderungen des der Berufsgenossenschaften;

um allgemeine Angelegenheiten handelt, nur zu denjenigen Verhandlungen zuzuziehen, bei denen es sich um Angelegenheiten der Berufsgenossenschaften handelt, für welche sie gewählt sind.

§ 17. Will ein Senat des Reichs-Versicherungsamts in einer grundsätzlichen Rechtsfrage von der Entscheidung eines anderen Senats abweichen, so ist die Sache zur Entscheidung an einen erweiterten Senat zu verweisen. Dieser entscheidet unter dem Vorsitze des Präsidenten des Reichs-Versicherungsamts in der Besetzung mit zwei nichtständigen Mitgliedern des Reichs-Versicherungsamts aus den vom Bundesrathe gewählten Mitgliedern, zwei ständigen Mitgliedern, zwei richterlichen Beamten und je zwei Vertretern der Arbeitgeber und der Arbeitnehmer. An Stelle der vom Bundesrathe gewählten Mitglieder können ständige Mitglieder des Reichs-Versicherungsamts zugezogen werden.

Das Gleiche gilt, wenn ein Senat von der Entscheidung des erweiterten Senats abweichen will.

§ 18. In folgenden Angelegenheiten:

1. bei der Vorbereitung der Beschlussfassung des Bundesraths über die Bestimmung, welche Betriebe mit besonderer Unfallgefahr nicht verbunden und deshalb nicht versicherungspflichtig sind (§ 1 Abs. 3 des Gewerbe-Unfallversicherungsgesetzes);

2. bei der Vorbereitung der Beschlussfassung des Bundesraths über die Genehmigung von Veränderungen des Bestandes der Berufsgenossenschaften (§ 52 a. a. O., § 62 des Unfallversicherungsgesetzes für Land- und Forstwirtschaft), über die Auflösung einer leistungsunfähigen Genossenschaft (§ 54 des Gewerbe-Unfallversicherungsgesetzes, § 64 des Unfallversicherungsgesetzes für Land- und Forstwirtschaft, § 57 des See-Unfallversicherungsgesetzes);

3. bei der Beschlussfassung über die Genehmigung von Vorschriften zur Verhütung von Unfällen (§ 112 des Gewerbe-Unfallversicherungsgesetzes, § 120 des Unfallversicherungsgesetzes für Land- und Forstwirtschaft, § 118 des See-Unfallversicherungsgesetzes)

ist mindestens je ein nichtständiges Mitglied aus den Vertretern der Arbeitgeber und der Versicherten zuzuziehen.

§ 19. Die Kosten des Reichs-Versicherungsamts und des Verfahrens vor demselben trägt das Reich.

Das Reichs-Versicherungsamt ist befugt, den Betheiligten solche Kosten des Verfahrens zur Last zu legen, welche durch Muthwillen oder durch ein auf Verschleppung oder Irreführung berechnetes Verhalten derselben veranlasst worden sind.

Die nichtständigen Mitglieder erhalten für die Theilnahme an den Arbeiten und Sitzungen des Reichs-Versicherungsamts eine nach dem Jahresbetrage festzusetzende Vergütung, und diejenigen, welche ausserhalb Berlins wohnen, ausserdem Ersatz der Kosten der Hin- und Rückreise nach den für die vortragenden Räte der obersten Reichsbehörden geltenden Sätzen (Verordnung vom 21. Juni 1875, Reichs-Gesetzbl. S. 249). Die Bestimmungen im § 16 des Gesetzes, betreffend die Rechtsverhältnisse der Reichsbeamten, vom 31. März 1873 (Reichs-Gesetzbl. S. 61) finden auf sie keine Anwendung.

Im Uebrigen werden die Formen des Verfahrens und der Geschäftsgang des Reichs-Versicherungsamts durch Kaiserliche Verordnung unter Zustimmung des Bundesraths geregelt.

#### Regelung des Gebührenwesens.

§ 20. Die Gebühren der Rechtsanwälte im Verfahren vor den Schiedsgerichten und dem Reichs-Versicherungsamte werden durch Kaiserliche Verordnung mit Zu-

stimmung des Bundesraths, die Gebühren im Verfahren vor den Landes-Versicherungsämtern von den Landesregierungen festgesetzt.

Eine Vereinbarung über höhere Beträge ist nichtig.

Die §§ 21, 22 handeln von den Landes-Versicherungsämtern.

§ 23 von weiteren Einrichtungen der Berufsgenossenschaften.

§ 24 enthält eine Uebergangsbestimmung.

§ 25 handelt von dem Inkrafttreten des Gesetzes.

§§ 26, 27 enthalten Uebergangsbestimmungen.

## b) Gewerbe-Unfallversicherungsgesetz.

### I. Allgemeine Bestimmungen.

#### Umfang der Versicherung.

§ 1. Alle Arbeiter und Betriebsbeamte, letztere sofern ihr Jahresarbeitsverdienst Lohn oder Gehalt dreitausend Mark nicht übersteigt, werden nach Maassgabe dieses Gesetzes gegen die Folgen der bei dem Betriebe sich ereignenden Unfälle versichert, wenn sie beschäftigt sind:

1. in Bergwerken, Salinen, Aufbereitungsanstalten, Steinbrüchen, Gräbereien (ruben), auf Werften und Bauhöfen sowie in Fabriken, gewerblichen Brauereien und Mältern;

2. in Gewerbebetrieben, welche sich auf die Ausführung von Maurer-, Zimmer-, Dachdecker- oder sonstigen durch Beschluss des Bundesraths für versicherungspflichtig erklärten Bauarbeiten, oder von Steinhauer-, Schlosser-, Schmiede- oder Brunnenarbeiten erstrecken, sowie im Schornsteinfeger-, Fensterputzer-, und Fleischergerwerbe;

3. im gesammten Betriebe der Post-, Telegraphen- und Eisenbahnverwaltungen wie in Betrieben der Marine- und Heeresverwaltungen, und zwar einschliesslich der Aussenstellen, welche von diesen Verwaltungen für eigene Rechnung ausgeführt werden;

4. im gewerbmässigen Fuhrwerks-, Binnenschiffahrts-, Flösserei-, Prahm- und Mährbetriebe, im Gewerbebetriebe des Schiffsziehens (Treidelei) sowie im Baggerbetriebe;

5. im gewerbmässigen Speditions-, Speicher-, Lagerei- und Kellereibetriebe;

6. im Gewerbebetriebe der Güterpacker, Güterlader, Schaffer, Bracker, Wäger, Messer, Schauer und Stauer;

7. in Lagerungs-, Holzfällungs- oder der Beförderung von Personen oder Gütern dienenden Betrieben, wenn sie mit einem Handelsgewerbe, dessen Inhaber im Handelsregister eingetragen steht, verbunden sind.

Auf Personen in land- und forstwirthschaftlichen Nebenbetrieben (§ 1 Abs. 2, 3 des Unfallversicherungsgesetzes für Land- und Forstwirthschaft) findet dieses Gesetz keine Anwendung.

Für Betriebe, welche mit besonderer Unfallgefahr für die darin beschäftigten Personen nicht verknüpft sind, kann durch Beschluss des Bundesraths die Versicherungspflicht ausgeschlossen werden.

§ 2. Den Betriebsbeamten im Sinne dieses Gesetzes werden Werkmeister und Techniker gleichgestellt.

Den Fabriken im Sinne dieses Gesetzes gelten alle Betriebe gleich, für welche Dampfkessel oder durch elementare Kraft (Wind, Wasser, Dampf, Gas, heisse Luft, Elektrizität u. s. w.) oder durch thierische Kraft bewegte Triebwerke nicht bloss vorübergehend zur Anwendung kommen.

Im Uebrigen gelten als Fabriken im Sinne dieses Gesetzes insbesondere diejeni-



gen Betriebe, in welchen die Bearbeitung oder Verarbeitung von Gegenständen gewerbmässig ausgeführt wird und zu diesem Zwecke mindestens zehn Arbeiter regelmässig beschäftigt werden, sowie Betriebe, in welchen Explosivstoffe oder explodirende Gegenstände gewerbmässig erzeugt werden.

Welche Betriebe ausserdem als Fabriken im Sinne dieses Gesetzes anzusehen sind, bestimmt das Reichs-Versicherungsamt.

Auf gewerbliche Anlagen, Eisenbahn- und Schifffahrtsbetriebe, welche wesentliche Bestandtheile eines der vorbezeichneten oder der im § 1 bezeichneten Betriebe sind, finden die Bestimmungen dieses Gesetzes ebenfalls Anwendung.

§ 3. Die Versicherung erstreckt sich auf häusliche und andere Dienste, zu denen versicherte Personen neben der Beschäftigung im Betriebe von ihren Arbeitgebern oder von deren Beauftragten herangezogen werden.

§ 4. Der Reichskanzler wird ermächtigt, unter Zustimmung des Bundesraths mit den Regierungen solcher Staaten, die für Arbeiter und Betriebsbeamte eine der deutschen Unfallversicherung entsprechende Fürsorge durchgeführt haben, im Falle der Gegenseitigkeit Abkommen zu schliessen, durch welche die Anwendung dieses Gesetzes

1. auf Betriebe im Inlande, welche Bestandtheile eines ausländischen Betriebes darstellen, ausgeschlossen,
2. auf Betriebe im Auslande, welche Bestandtheile eines versicherungspflichtigen inländischen Betriebs darstellen, erstreckt wird.

§ 5. Durch Statut (§ 37) kann die Versicherungspflicht erstreckt werden:

- a) auf Betriebsunternehmer, deren Jahresarbeitsverdienst dreitausend Mark nicht übersteigt oder welche nicht regelmässig mehr als zwei Lohnarbeiter beschäftigen;
- b) ohne Rücksicht auf die Zahl der von ihnen beschäftigten Lohnarbeiter auf solche Unternehmer eines in den §§ 1 und 2 bezeichneten Betriebs, welche in eigenen Betriebsstätten im Auftrag und für Rechnung anderer Gewerbetreibenden mit der Herstellung oder Bearbeitung gewerblicher Erzeugnisse beschäftigt werden (Hausgewerbetreibende), und zwar auch dann, wenn sie die Roh- und Hilfsstoffe selbst beschaffen;
- c) auf Betriebsbeamte mit einem dreitausend Mark übersteigenden Jahresarbeitsverdienste. Bei der Versicherung von Betriebsbeamten ist, vorbehaltlich der Bestimmungen des § 10 Absatz 1, der volle Jahresarbeitsverdienst zu Grunde zu legen.

Betriebsunternehmer, deren Jahresarbeitsverdienst dreitausend Mark nicht übersteigt, oder welche nicht regelmässig mehr als zwei Lohnarbeiter beschäftigen, sind berechtigt, gegen die Folgen von Betriebsunfällen sich selbst zu versichern. Durch Statut kann diese Berechtigung auf Unternehmer mit einem höheren Jahresarbeitsverdienst erstreckt werden.

Durch Statut kann ferner bestimmt werden, dass und unter welchen Bedingungen gegen die Folgen der bei dem Betrieb oder Dienste sich ereignenden Unfälle versichert werden können

- a) im Betriebe beschäftigte, aber nach §§ 1 oder 2 nicht versicherte Personen durch den Betriebsunternehmer;
- b) nicht im Betriebe beschäftigte, aber die Betriebsstätte besuchende oder auf derselben verkehrende Personen durch den Betriebsunternehmer oder den Vorstand der Berufsgenossenschaft (§ 28);
- c) Organe und Beamte der Berufsgenossenschaft durch deren Vorstand.

§ 6. Als Gehalt oder Lohn im Sinne dieses Gesetzes gelten auch Tantiemen. Naturalbezüge und sonstige Bezüge, welche den Versicherten, wenn auch nur gewohnheitsmässig, gewährt werden und ganz oder theilweise an Stelle des Gehalts oder Lohnes treten. Der Werth der Naturalbezüge ist nach Ortsdurchschnittspreisen in Ansatz zu bringen. Dieselben werden von der unteren Verwaltungsbehörde festgesetzt.

Beamte und Personen des Soldatenstandes.

§ 7. Auf die im § 1 des Gesetzes, betreffend die Fürsorge für Beamte und Personen des Soldatenstandes in Folge von Betriebsunfällen, vom 15. März 1886 (Reichs-Gesetzbl. S. 53) bezeichneten Personen, auf Beamte, welche in Betriebsverletzungen eines Bundesstaats oder eines Communalverbandes mit festem Gehalt und Pensionsberechtigung angestellt sind, sowie auf andere Beamte eines Bundesstaats oder Communalverbandes, für welche die im § 12 a. a. O. vorgesehene Fürsorge in Kraft getreten ist, findet dieses Gesetz keine Anwendung.

Gegenstand der Versicherung und Umfang der Entschädigung.

§ 8. Gegenstand der Versicherung ist der nach Maassgabe der nachfolgenden Bestimmungen zu bemessende Ersatz des Schadens, welcher durch Körperverletzung oder Tödtung entsteht.

Dem Verletzten und seinen Hinterbliebenen steht ein Anspruch nicht zu, wenn der Unfall vorsätzlich herbeigeführt hat. Der Anspruch kann ganz oder theilweise abgelehnt werden, wenn der Verletzte den Unfall bei Begehung eines durch strafrechtliches Urtheil festgestellten Verbrechens oder vorsätzlichen Vergehens sich zuzugewandt hat. In Fällen der letzteren Art kann die Rente, sofern der Verletzte im Unfall lebende Angehörige hat, welche im Falle seines Todes Anspruch auf Rente haben würden, ganz oder theilweise den Angehörigen überwiesen werden.

Die Ablehnung kann, auch ohne dass die vorgesehene Feststellung durch strafrechtliches Urtheil stattgefunden hat, erfolgen, falls diese Feststellung wegen des Todes oder der Abwesenheit des Betreffenden oder aus einem anderen in seiner Person liegenden Grunde nicht erfolgen kann.

§ 9. Im Falle der Verletzung werden als Schadensersatz vom Beginne der vierzehnten Woche nach Eintritt des Unfalls ab gewährt:

1. freie ärztliche Behandlung, Arznei und sonstige Heilmittel sowie die zur Sicherung des Erfolges des Heilverfahrens und zur Erleichterung der Folgen der Verletzung erforderlichen Hilfsmittel (Krücken, Stützapparate und dergleichen);

2. eine Rente für die Dauer der Erwerbsunfähigkeit.

Die Rente beträgt:

a) im Falle völliger Erwerbsunfähigkeit für die Dauer derselben sechszwanzig bis dreissig Procent des Jahresarbeitsverdienstes (Vollrente).

b. im Falle theilweiser Erwerbsunfähigkeit für die Dauer derselben denjenigen Theil der Vollrente, welcher dem Maasse der durch den Unfall herbeigeführten Einbusse an Erwerbsfähigkeit entspricht (Theilrente).

Ist der Verletzte infolge des Unfalls nicht nur völlig erwerbsunfähig, sondern auch derart hilflos geworden, dass er ohne fremde Wartung und Pflege nicht bestehen kann, so ist für die Dauer dieser Hilfslosigkeit die Rente bis zu hundert Procent des Jahresarbeitsverdienstes zu erhöhen.

War der Verletzte zur Zeit des Unfalls bereits dauernd völlig erwerbsunfähig, so beschränkt sich der zu leistende Schadensersatz auf die im Absatz 1 Ziffer 1 bezeichneten Leistungen. Wird ein solcher Verletzter in Folge des Unfalls derart hilflos, dass er ohne fremde Wartung und Pflege nicht bestehen kann, so ist eine Rente bis zur Hälfte der Vollrente zu gewähren.

Solange der Verletzte aus Anlass des Unfalls thatsächlich und unverschuldet arbeitslos ist, kann der Genossenschaftsvorstand die Theilrente bis zum Betrage der Vollrente vorübergehend erhöhen.

§ 10. Die Rente ist nach Maassgabe desjenigen Jahresarbeitsverdienstes zu berechnen, den der Verletzte während des letzten Jahres seiner Beschäftigung in dem

Betrieb an Gehalt oder Lohn (§ 6) bezogen hat, wobei der fünfzehnhundert Mark übergreifende Betrag nur mit einem Drittel zur Anrechnung kommt.

Als Jahresarbeitsverdienst gilt, soweit sich derselbe nicht aus mindestens wochenweise fixierten Beträgen zusammensetzt, das Dreihundertfache des durchschnittlichen täglichen Arbeitsverdienstes. Für versicherte Personen in Betrieben, welchen die übliche Betriebsweise eine höhere oder niedrigere Zahl von Arbeitstagen ergibt, wird diese Zahl statt der Zahl dreihundert der Berechnung des Jahresarbeitsverdienstes zu Grunde gelegt.

War der Verletzte in dem Betriebe vor dem Unfälle nicht ein volles Jahr, so dem Unfälle zurückgerechnet, beschäftigt, so ist die Rente nach demjenigen Jahre Arbeitsverdienstes zu berechnen, welchen während dieses Zeitraums versicherte Personen derselben Art in demselben Betrieb oder in benachbarten gleichartigen Betrieben bezogen haben. Ist dies nicht möglich, so ist der dreihundertfache Betrag desjenigen Arbeitslohnes zu Grunde zu legen, welchen der Verletzte während des letzten Jahr vor dem Unfall an denjenigen Tagen, an welchen er beschäftigt war, im Durchschnitt bezogen hat.

Bei versicherten Personen, welche keinen Lohn oder weniger als den dreihundertfachen Betrag des für ihren Beschäftigungsort festgestellten ortsüblichen Tagelohns gewöhnlicher erwachsener Tagearbeiter beziehen (§ 8 des Krankenversicherungsgesetzes), gilt als Jahresarbeitsverdienst das Dreihundertfache dieses ortsüblichen Tagelohns.

In den Fällen des Absatzes 4 ist bei Berechnung der Rente für Personen, welche vor dem Unfälle bereits theilweise erwerbsunfähig waren, derjenige Theil des ortsüblichen Tagelohns zu Grunde zu legen, welcher dem Maasse der bisherigen Erwerbsfähigkeit entspricht.

§ 11. Die Berufsgenossenschaft ist befugt, der Krankenkasse, welcher der Verletzte angehört oder zuletzt angehört hat, gegen Ersatz der ihr dadurch erwachsende Kosten die Fürsorge für den Verletzten über den Beginn der vierzehnten Woche hinaus bis zur Beendigung des Heilverfahrens in demjenigen Umfange zu übertragen, welche die Berufsgenossenschaft für geboten erachtet. Zu ersetzen ist bei Gewährung der in § 6 Abs. 1 Ziffer 1 des Krankenversicherungsgesetzes bezeichneten Leistungen die Hälfte, bei Unterbringung des Verletzten in ein Krankenhaus oder in eine Anstalt für Genesende das Einundeinhalbfache des in jenem Gesetze bestimmten Mindestbetrags des Krankengeldes, sofern nicht höhere Aufwendungen nachgewiesen werden.

Die Bestimmungen der §§ 76b bis 76d des Krankenversicherungsgesetzes finden auch auf Knappschaftskassen (§ 74 a. a. O.) Anwendung. Haben Knappschaftskassen sonstige Krankenkassen oder Verbände von Krankenkassen Heilanstalten errichtet, in welchen ausreichende Einrichtungen für die Heilung der durch Unfall herbeigeführten Verletzungen getroffen sind, so kann die Landes-Centralbehörde anordnen, dass die Mitglieder der betreffenden Kassen bis zum Beginn der vierzehnten Woche nach Eintritt des Unfalls nur mit Genehmigung der Vorstände dieser Kassen oder Kassenverbände in andere Heilanstalten untergebracht werden dürfen.

Verletzte Personen, welche auf Veranlassung von Knappschaftskassen, sonstigen Krankenkassen, Verbänden von Krankenkassen oder von Organen der Berufsgenossenschaften in eine Heilanstalt untergebracht sind, dürfen während des Heilverfahrens in andere Heilanstalten nur mit ihrer Zustimmung übergeführt werden. Diese Zustimmung kann durch die untere Verwaltungsbehörde des Aufenthaltsorts ergänzt werden.

Als Krankenkassen im Sinne der vorstehenden Bestimmungen sowie der §§ 76b bis 76d des Krankenversicherungsgesetzes gelten ausser der Gemeinde-Krankenver-

... (gemeinnützige Krankenversicherung) von dem Unternehmer befreit zu werden, zu ersetzen, in welchem der Unfall sich ereignet hat. Die zur Ausführung dieser Bestimmung erforderlichen Vorschriften erlässt das Reichs-Versicherungsamt. Nach §§ 1 oder 2 versicherten Arbeitern und Betriebsbeamten, letzteren bei Arbeitsverdienst bis zu zweitausend Mark, welche nicht nach den Bestimmungen des Krankenversicherungsgesetzes versichert sind, hat der Betriebsunternehmer die in den §§ 6, 7 des Krankenversicherungsgesetzes vorgesehenen Leistungen einschliesslich des aus dem vorhergehenden Absatze sich ergebenden Aufwands für die ersten dreizehn Wochen aus eigenen Mitteln zu gewähren. Die Berufsgenossenschaft kann die dem Unternehmer obliegenden Leistungen ganz oder teilweise statt desselben übernehmen. Der Unternehmer hat in diesem Falle der Berufsgenossenschaft Ersatz zu leisten. Dabei gilt als Ersatz der im § 9 Abs. 1 Ziffer 1 genannten Leistungen die Hälfte desjenigen Krankengeldes, welches dem Verletzten nach § 6 Abs. 1 Ziffer 2 des Krankenversicherungsgesetzes zustehen würde, wenn er nach diesen Bestimmungen versichert wäre.

13. Wenn der aus der Krankenversicherung oder aus der Bestimmung des § 12 Abs. 2 erwachsende Anspruch auf Krankengeld vor dem Ablaufe von dreizehn Wochen nach Eintritt des Unfalls weggefallen, aber bei dem Verletzten eine noch über dreizehnte Woche hinaus andauernde Beschränkung der Erwerbsfähigkeit zurückgeblieben ist, so hat die Berufsgenossenschaft dem Verletzten die Unfallrente (§ 9 Abs. 1 lit. b) schon von dem Tage ab zu gewähren, an welchem der Anspruch auf Krankengeld in Wegfall kommt. Erachtet die Berufsgenossenschaft die Voraussetzungen für den Anspruch schon vor dem Ablaufe der dreizehnten Woche nach dem Unfälle für erfüllt, so hat sie die Rente zu diesem früheren Zeitpunkte festzustellen.

Durch Statut kann bestimmt werden, dass die Rente nach dem Wegfalle des Anspruchs auf Krankengeld auch dann zu gewähren ist, wenn nach jenem Zeitpunkte noch eine Beschränkung der Erwerbsfähigkeit in Folge des Unfalls verblieben ist, vorausichtlich schon vor Ablauf der dreizehnten Woche nach dem Unfälle erfüllt wird.

14. Hat die Krankenkasse die ihr aus der Krankenversicherung, oder hat der Betriebsunternehmer die ihm aus § 12 Abs. 2 obliegenden Leistungen vor dem Ablauf

§ 15. Im Falle der Tödtung ist als Schadensersatz ausserdem zu leisten:

1. als Sterbegeld der fünfzehnte Theil des nach § 10 Abs. 1 bis 4 zu Grunde zu legenden Jahresarbeitsverdienstes, jedoch mindestens ein Betrag von fünfzig Mark;
2. eine den Hinterbliebenen vom Todestage des Verstorbenen ab zu gewährende Rente. Dieselbe besteht nach näherer Bestimmung der § 16 bis 20 in einem Bruchtheile seines nach § 10 Abs. 1 bis 4 ermittelten Jahresarbeitsverdienstes.

Ist der der Berechnung zu Grunde zu legende Jahresarbeitsverdienst in Folge eines früher erlittenen, nach den reichsgesetzlichen Bestimmungen über Unfallversicherung entschädigten Unfalls geringer als der vor diesem Unfälle bezogene Lohn, so ist die aus Anlass des früheren Unfalls bei Lebzeiten bezogene Rente dem Jahresarbeitsverdienste bis zur Höhe des der früheren Rentenfeststellung zu Grunde gelegten Jahresarbeitsverdienstes hinzuzurechnen.

§ 16. Hinterlässt der Verstorbene eine Wittve oder Kinder, so beträgt die Rente für die Wittve bis zu deren Tode oder Wiederverheirathung, sowie für jedes hinterbliebene Kind bis zu dessen zurückgelegtem fünfzehnten Lebensjahre je zwanzig Procent des Jahresarbeitsverdienstes.

Im Falle der Wiederverheirathung erhält die Wittve sechzig Procent des Jahresarbeitsverdienstes als Abfindung.

Der Anspruch der Wittve ist ausgeschlossen, wenn die Ehe erst nach dem Unfälle geschlossen worden ist; die Berufsgenossenschaft kann jedoch in besonderen Fällen auch dann eine Wittwenrente gewähren.

Die Bestimmungen über die Renten der Kinder finden auch Anwendung, wenn der Unfall eine alleinstehende weibliche Person betroffen hat und diese mit Hinterlassung von Kindern verstirbt.

§ 17. War die Verstorbene beim Eintritte des Unfalls verheirathet, aber der Lebensunterhalt ihrer Familie wegen Erwerbsunfähigkeit des Ehemanns ganz oder überwiegend durch sie bestritten worden, so erhalten bis zum Wegfalle der Bedürftigkeit an Rente

- a) der Wittwer zwanzig Procent,
- b) jedes hinterbliebene Kind bis zu dessen zurückgelegtem fünfzehnten Lebensjahre zwanzig Procent des Arbeitsverdienstes.

Die Berufsgenossenschaft ist berechtigt, im Falle der Tödtung einer Ehefrau, deren Ehemann sich ohne gesetzlichen Grund von der häuslichen Gemeinschaft ferngehalten und der Pflicht der Unterhaltung der Kinder entzogen hat, diesen Kindern die Rente zu gewähren.

§ 18. Hinterlässt der Verstorbene Verwandte der aufsteigenden Linie, so wird ihnen, falls ihr Lebensunterhalt ganz oder überwiegend durch den Verstorbenen bestritten worden war, bis zum Wegfalle der Bedürftigkeit eine Rente von insgesamt zwanzig Procent des Jahresarbeitsverdienstes gewährt.

§ 19. Hinterlässt der Verstorbene elternlose Enkel, so wird ihnen, falls ihr Lebensunterhalt ganz oder überwiegend durch den Verstorbenen bestritten worden war, im Falle der Bedürftigkeit bis zum zurückgelegten fünfzehnten Lebensjahre eine Rente von insgesamt zwanzig Procent des Jahresarbeitsverdienstes gewährt.

§ 20. Die Renten der Hinterbliebenen dürfen insgesamt sechzig Procent des Jahresarbeitsverdienstes nicht übersteigen. Ergiebt sich ein höherer Betrag, so werden die Renten gekürzt. Bei Ehegatten und Kindern erfolgt die Kürzung im Verhältnisse der Höhe ihrer Renten: Verwandte der aufsteigenden Linie haben einen Anspruch nur insoweit, als der Höchstbetrag der Renten nicht für Ehegatten oder Kinder in Anspruch genommen wird; Enkel nur insoweit, als der Höchstbetrag der

lteter Deutscher gewährleistet ist, ausser Kraft gesetzt werden.

An Stelle der in den §§ 9 und 12 vorgeschriebenen Leistungen kann Berufsgenossenschaft freie Kur und Verpflegung in einer Heilanstalt gewährt werden, wenn:

1. Verletzte, welche verheirathet sind oder eine eigene Haushaltung haben oder der Haushaltung ihrer Familie sind, mit ihrer Zustimmung. Der Zuzahlung bedarf es nicht, wenn die Art der Verletzung Anforderungen an die Behandlung der Verpflegung stellt, denen in der Familie nicht genügt werden kann, oder für den Aufenthaltsort des Verletzten amtlich bestellte Arzt bezeugt, dass das Verhalten des Verletzten eine fortgesetzte Beobachtung erfordert; 2. sonstige Verletzte in allen Fällen.

Die Berufsgenossenschaft von dieser Befugnis in den Fällen des § 12, Gebrauch gemacht, so hat der Betriebsunternehmer als Ersatz für die freie Verpflegung der Berufsgenossenschaft das Einundeinhalbfache des im § 12, bezeichneten Krankengeldes zu vergüten. Auf Streitigkeiten, welche aus dieser Bestimmung zwischen der Berufsgenossenschaft und dem Betriebsunternehmer entstehen, findet der § 14 Anwendung.

Die Zeit der Verpflegung des Verletzten in der Heilanstalt steht seinen Angehörigen in Anspruch auf Rente insoweit zu, als sie dieselbe im Falle seines Todes beanspruchen können (§§ 16 ff.).

Berufsgenossenschaften sind befugt, auf Grund statutarischer Bestimmung ohne eine solche im Falle der Bedürftigkeit, dem in einer Heilanstalt aufgenommenen Verletzten, sowie seinen Angehörigen eine besondere Unterstützung zu bewilligen.

Ist begründete Annahme vorhanden, dass der Empfänger einer Unfallversicherung durch die Durchführung eines Heilverfahrens eine Erhöhung seiner Erwerbsfähigkeit erwarten lässt, so kann die Berufsgenossenschaft zu diesem Zwecke jederzeit ein Heilverfahren eintreten lassen. Dabei finden die Bestimmungen der §§ 11, 22, 23, 24, Anwendung.

Die Berufsgenossenschaft kann der Verletzte solchen Massnahmen der Berufsgenossenschaft, den

Abatz 1 Ziffer 1 §§ 11, 12 Abatz 2 § 22 oder gemäss den Bestim-

## Verhältniss zu Krankenkassen, Armenverbänden etc.

§ 25. Die Verpflichtung der eingeschriebenen Hilfskassen, sowie der sonstigen Kranken-, Sterbe-, Invaliden- und anderen Unterstützungskassen, den von Unfällen betroffenen Arbeitern und Betriebsbeamten, sowie deren Angehörigen und Hinterbliebenen Unterstützungen zu gewähren, sowie die Verpflichtung von Gemeinden oder Armenverbänden zur Unterstützung hilfsbedürftiger Personen wird durch dieses Gesetz nicht berührt.

Wenn auf Grund solcher Verpflichtung Unterstützungen für einen Zeitraum geleistet werden, für welchen den Unterstützten nach Maassgabe dieses Gesetzes ein Entschädigungsanspruch zustand oder noch zusteht, so ist hierfür den die Unterstützung gewährenden Kassen, Gemeinden oder Armenverbänden durch Ueberweisung von Rentenbeträgen Ersatz zu leisten.

In Fällen dieser Art gilt für die unter das Krankenversicherungsgesetz fallenden Kassen als Ersatz der im § 6 Absatz 1 Ziffer 1 des Krankenversicherungsgesetzes bezeichneten Leistungen die Hälfte des gesetzlichen Mindestbetrags des Krankengeldes dieser Kassen, sofern nicht höhere Aufwendungen nachgewiesen werden.

Ist die von Kassen, Gemeinden oder Armenverbänden geleistete Unterstützung eine vorübergehende, so können als Ersatz höchstens drei Monatsbeträge der Rente, und zwar mit nicht mehr als der Hälfte in Anspruch genommen werden.

Ist die Unterstützung eine fortlaufende, so kann als Ersatz, wenn die Unterstützung in der Gewährung des Unterhalts in einer Anstalt besteht, für dessen Dauer und in dem zur Ersatzleistung erforderlichen Betrage die fortlaufende Ueberweisung der vollen Rente, im Uebrigen die fortlaufende Ueberweisung von höchstens der halben Rente beansprucht werden.

§ 26. Der Antrag auf Ueberweisung von Rentenbeträgen (§ 25 Absatz 2 bis 5) ist bei der Berufsgenossenschaft anzumelden; soweit es sich um den Ersatz für eine vorübergehende Unterstützung handelt, ist der Anspruch bei Vermeidung des Ausschlusses spätestens binnen drei Monaten seit Beendigung der Unterstützung geltend zu machen.

Streitigkeiten, welche aus den Bestimmungen des § 25 Absatz 2 bis 5 zwischen den Betheiligten über den Anspruch auf Ueberweisung von Rentenbeträgen entstehen, werden im Verwaltungsstreitverfahren und, wo ein solches nicht besteht, durch die dem Ersatzberechtigten vorgesetzte Aufsichtsbehörde entschieden. Die Entscheidung der letzteren kann innerhalb eines Monats nach der Zustellung im Wege des Recurses nach Maassgabe der §§ 20, 21 der Gewerteordnung angefochten werden.

§ 27. Die Bestimmungen der §§ 25, 26 gelten auch für Betriebsunternehmer und Kassen, welche die den Gemeinden oder Armenverbänden obliegende Verpflichtung zur Unterstützung Hilfsbedürftiger auf Grund gesetzlicher Vorschrift erfüllen.

§ 28 handelt von den Trägern der Versicherung (Berufsgenossenschaften).

§§ 29, 30 von der Aufbringung der Mittel.

§ 31. Zu anderen Zwecken als zur Deckung der von der Genossenschaft zu leistenden Entschädigungen und der Verwaltungskosten, zur Ansammlung des Reservefonds (§ 34), zur Gewährung von Prämien für Rettung Verunglückter und zu Zwecken der Unfallverhütung, sowie mit Genehmigung des Reichsversicherungsamts zur Errichtung von Heil- oder Genesungsanstalten dürfen weder Beiträge von den Mitgliedern der Genossenschaft erhoben werden, noch Verwendungen aus dem Vermögen der Genossenschaft erfolgen.

Behufs Bestreitung der Verwaltungskosten können die Berufsgenossenschaften von den Mitgliedern für das erste Jahr einen Beitrag im voraus erheben. Falls das

## V. Feststellung und Auszahlung der Entschädigungen.

### Anzeige und Untersuchung der Unfälle.

1. Von jedem in einem versicherten Betriebe vorkommenden Unfälle, durch welche eine in demselben beschäftigte Person getödtet wird oder eine Körperverletzung, welche eine völlige oder theilweise Arbeitsunfähigkeit von mehr als 3 Tagen oder den Tod zur Folge hat, ist von dem Betriebsunternehmer bei der Betriebsbehörde und dem durch Statut zu bestimmenden Genossenschaftsorgane Anzeige zu erstatten.

Die Anzeige muss binnen drei Tagen nach dem Tage erfolgen, an welchem der Betriebsunternehmer von dem Unfälle Kenntniss erlangt hat.

Die Anzeige muss von dem Betriebsunternehmer kann derjenige, welcher zur Zeit des Unfalls den Betrieb leitete, in welchem sich der Unfall ereignete, zu leiten hatte, erstattet werden; im Falle der Abwesenheit oder Behinderung des Betriebsunternehmers ist er dazu verpflichtet.

Formular für die Anzeige wird vom Reichs-Versicherungsamte festgestellt. Die Vorstände der unter Reichs- oder Staatsverwaltung stehenden Betriebe haben nach § 1 vorgeschriebene Anzeige der vorgesetzten Dienstbehörde nach näherer Anweisung derselben zu erstatten.

2. Jeder zur Anzeige gelangte Unfall, durch welchen eine versicherte Person getödtet oder eine Körperverletzung erlitten hat, die voraussichtlich einen Entschädigungsanspruch auf Grund dieses Gesetzes zur Folge haben wird, ist sobald als möglich, in den im § 76b des Krankenversicherungsgesetzes und im § 13 des Unfallversicherungsgesetzes bezeichneten Fällen spätestens unmittelbar nach Eingang eines ersten Ersuchens der Berufsgenossenschaft oder der beteiligten Krankenkasse, der Ortspolizeibehörde einer Untersuchung zu unterziehen, durch welche festgestellt wird:

a) Die Veranlassung und Art des Unfalls,



§ 65. An den Untersuchungsverhandlungen können Theil nehmen: der staatliche Aufsichtsbeamte (§ 139b der Gewerbeordnung), Vertreter der Genossenschaft, ein von dem Vorstande der Krankenkasse, welcher der Getödtete oder Verletzte zur Zeit des Unfalls angehört hat, bestellter Bevollmächtigter sowie der Betriebsunternehmer oder ein Vertreter desselben. Zu diesem Zwecke ist dem staatlichen Aufsichtsbeamten, dem Genossenschaftsvorstande, dem Kassenvorstand und dem Betriebsunternehmer von der Einleitung der Untersuchung rechtzeitig Kenntniss zu geben. Ist die Genossenschaft in Sectionen getheilt oder sind von der Genossenschaft Vertrauensmänner bestellt; so ist die Mittheilung von der Einleitung der Untersuchung an den Sectionsvorstand beziehungsweise an den Vertrauensmann zu richten.

Ausserdem sind, soweit thunlich, die sonstigen Betheiligten und auf Antrag und Kosten der Genossenschaft Sachverständige zuzuziehen.

§ 66. Von dem über die Untersuchung aufgenommenen Protokolle sowie von den sonstigen Untersuchungsverhandlungen ist den Betheiligten auf ihren Antrag Einsicht und gegen Erstattung der Schreibgebühren Abschrift zu ertheilen. Die Erstattung der Schreibgebühren kann erlassen werden.

§ 67. Bei den im § 63 Abs. 5 bezeichneten Betrieben bestimmt die vorgesetzte Dienstbehörde diejenige Behörde, welche die Untersuchung nach den Bestimmungen der §§ 64 bis 66 vorzunehmen hat.

§ 68. Ereignet sich ein Unfall auf der Reise, so ist die nach § 63 Abs. 1 zu erstattende Anzeige an diejenige Ortspolizeibehörde im Inlande zu richten, in deren Bezirke sich der Unfall ereignet hat oder der erste Aufenthalt nach demselben genommen wird. Die Untersuchung des Unfalls (§ 64) erfolgt durch diejenige Ortspolizeibehörde, an welche die Anzeige erstattet ist. Auf Antrag Betheiligter (§ 65) kann jedoch die der Ortspolizeibehörde vorgesetzte Behörde die Untersuchung durch eine andere Ortspolizeibehörde herbeiführen. Die zur Führung der Untersuchung berufene Ortspolizeibehörde hat der Krankenkasse, welcher der Verletzte angehört, rechtzeitig von dem Zeitpunkt, in welchem die Untersuchung vorgenommen werden wird, Kenntniss zu geben.

Hinsichtlich der unter Reichs- oder Staatsverwaltung stehenden Betriebe bewendet es bei den Vorschriften im § 63 Abs. 5, § 67.

#### Feststellung der Entschädigungen.

§ 69. Die Beschlussfassung über die Feststellung der Entschädigungen (§§ 8 bis 24) erfolgt

1. sofern die Genossenschaft in Sectionen eingetheilt ist, durch den Vorstand der Section, wenn es sich handelt

- a) um die im § 9 Abs. 1 Ziffer 1 bezeichneten Leistungen,
- b) um die für die Dauer einer voraussichtlich vorübergehenden Erwerbsunfähigkeit zu gewährende Rente,
- c) um das Sterbegeld,
- d) um die Aufnahme des Verletzten in eine Heilanstalt,
- e) um die den Angehörigen eines Verletzten für die Zeit seiner Behandlung in einer Heilanstalt zu gewährende Rente;

2. in allen übrigen Fällen durch den Vorstand der Genossenschaft.

Das Genossenschaftsstatut kann bestimmen, dass die Feststellung der Entschädigungen in den Fällen des Abs. 1 Ziffer 1 durch einen Ausschuss des Sectionsvorstandes oder durch besondere Commissionen oder durch örtliche Beauftragte (Vertrauensmänner), in den Fällen des Abs. 1 Ziffer 2 durch den Sectionsvorstand oder durch einen Ausschuss des Genossenschafts- oder Sectionsvorstandes oder durch besondere Commissionen zu bewirken ist.

ten.

Der Verletzte sowie seine Hinterbliebenen (§§ 16 bis 19) sind befugt, auf diese Mitteilung innerhalb zweier Wochen sich zu äussern. Auf ihren innerhalb der Frist gestellten Antrag hat die untere Verwaltungsbehörde diese Aeusserung Protocoll zu nehmen. Wird ein solcher Antrag gestellt, so hat hiervon die untere Verwaltungsbehörde unverzüglich dem zuständigen Genossenschaftsorgane Kenntniss zu geben; dieses hat bis zum Eingange des Protocolls den Bescheid auszusetzen.

Bei den in Absatz 1 bezeichneten Mittheilungen hat das zuständige Genossenschaftsorgan auf die aus Absatz 2 und aus § 69 Absatz 3 sich ergebenden Befugnisse auf die im Absatz 2 vorgesehene Frist hinzuweisen.

§ 71. Die Feststellung der Entschädigung hat in beschleunigtem Verfahren dementsprechend zu erfolgen.

Für diejenigen verletzten Personen, für welche noch nach Ablauf von dreizehn Monaten nach dem Unfall eine weitere ärztliche Behandlung behufs Heilung der ersten Verletzungen nothwendig ist, hat sich die Feststellung zunächst mindestens bis zur Beendigung des Heilverfahrens zu leistenden Entschädigungen zu erstrecken. Die weitere Entschädigung ist, sofern deren Feststellung früher nicht möglich ist, nach Beendigung des Heilverfahrens unverzüglich zu bewirken.

Kann die endgültige Feststellung nicht sofort erfolgen, so ist eine Entschädigung vorläufig zuzubilligen.

§ 72. Entschädigungsberechtigte, für welche die Entschädigung nicht von Amtswegen festgestellt ist, haben ihren Entschädigungsanspruch bei Vermeidung des Verfalls vor Ablauf von zwei Jahren nach dem Eintritte des Unfalls bei derjenigen Berufsgenossenschaft anzumelden, welcher die Entschädigungspflicht obliegt. Der Frist gilt auch dann als gewahrt, wenn die Anmeldung bei einem nicht zuständigen Genossenschaftsorgan oder bei einer anderen Berufsgenossenschaft oder bei der ersten Wohnort des Entschädigungsberechtigten zuständigen unteren Verwaltungsbehörde erfolgt ist. In solchem Falle ist die Anmeldung unverzüglich an die zuständige Stelle abzugeben und der Betheiligte davon zu benachrichtigen.

Nach Ablauf der Frist ist der Anmeldung nur dann Folge zu geben, wenn zu- oder glaubhaft bescheinigt wird, dass eine Entschädigungsanspruch her-  
rührt.

Unfall vorliegt, die Entschädigung aber von einer anderen Genossenschaft zu gewirkt ist, so hat der Genossenschaftsvorstand dem Entschädigungsberechtigten eine laufende Fürsorge zuzuwenden und sich unter Mittheilung der gepflogenen Verhandlungen wegen Anerkennung der Entschädigungspflicht mit dem Vorstände der arbeitslosen Genossenschaft ins Benehmen zu setzen. Wird von diesem die Entschädigung abgelehnt oder innerhalb einer Frist von sechs Wochen eine Erklärung nicht abgegeben, so ist die Entscheidung des Reichs-Versicherungsamts darüber herbeizuführen, ob die Berufsgenossenschaft entschädigungspflichtig ist. Die Entscheidung ist auch dem Entschädigungsberechtigten zuzustellen.

§ 74. Die Mitglieder der Genossenschaften sind verpflichtet, auf Erfordern der Behörden und der nach § 69 zur Feststellung der Entschädigung berufenen, binnen einer Woche diejenigen Gehalts- und Lohnnachweisungen zu liefern, zur Feststellung der Entschädigung erforderlich sind.

#### Bescheid der Vorstände.

§ 75. Ueber die Feststellung der Entschädigung hat diejenige Stelle, welche sie vorgenommen hat, dem Entschädigungsberechtigten einen schriftlichen Bescheid zu ertheilen, aus welchem die Höhe der Entschädigung und die Art ihrer Berechnung zu ersehen ist. Bei Entschädigungen für erwerbsunfähig gewordenen, ist letzter namentlich anzugeben, in welchem Maasse die Erwerbsunfähigkeit eingetreten ist.

#### Berufung.

§ 76. Gegen den Bescheid, durch welchen der Entschädigungsanspruch abgelehnt wird, sowie gegen den Bescheid, durch welchen die Entschädigung festgestellt wird, findet die Berufung auf schiedsgerichtliche Entscheidung statt.

Die Berufung ist bei Vermeidung des Ausschlusses innerhalb eines Monats nach der Zustellung des Bescheids bei dem Schiedsgerichte (Gesetz, betreffend die Unfallversicherungsgesetze, § 3) zu erheben, in dessen Bezirke der Unfall, in welchem der Unfall sich ereignet hat, belegen ist.

Die Frist gilt auch dann als gewahrt, wenn innerhalb derselben die Berufung bei einer anderen inländischen Behörde oder bei einem Genossenschaftsorgan eingegangen ist. Diese haben die Berufungsschrift unverzüglich an das Schiedsgericht abzugeben.

Der Bescheid muss die Bezeichnung des für die Berufung zuständigen Schiedsgerichts sowie die Belehrung über die einzuhaltende Frist enthalten.

Die Berufung hat, ausgenommen im Falle des § 23, keine aufschiebende Wirkung.

§ 77. Bildet in dem Falle des § 15 Absatz 1 Ziffer 2 die Anerkennung der Nichtanerkennung des Rechtsverhältnisses zwischen dem Getödteten und dem Entschädigung Beanspruchenden die Voraussetzung des Anspruchs, so kann das Schiedsgericht den Betheiligten aufgeben, zuvörderst die Feststellung des betreffenden Rechtsverhältnisses im ordentlichen Rechtswege herbeizuführen. In diesem Falle ist die Klage bei Vermeidung des Ausschlusses binnen einer vom Schiedsgerichte bestimmten, mindestens auf einen Monat zu bemessenden Frist nach der Zustellung des hierüber ertheilten Bescheids des Schiedsgerichts zu erheben.

Nachdem im ordentlichen Rechtswege eine rechtskräftige Entscheidung ergangen ist, hat das Schiedsgericht auf erneuten Antrag über den Entschädigungsanspruch zu entscheiden.

§ 78. Das Schiedsgericht hat, wenn es den Entschädigungsanspruch für

§ 79. Die Entscheidung des Schiedsgerichts ist dem Berufenden und demjenigen Genossenschaftsorgane, welches den angefochtenen Bescheid erlassen hat, in Ausfertigung zuzustellen.

#### Recurs.

§ 80. Gegen die Entscheidung des Schiedsgerichts steht in den Fällen des § 69 Absatz 1 Ziffer 2, vorbehaltlich der Bestimmungen des § 90 Absatz 2 und des § 95 Absatz 1, dem Verletzten oder dessen Hinterbliebenen sowie dem Genossenschaftsstande das Rechtsmittel des Recurses zu. Der Recurs des Vorstandes hat aufhebende Wirkung insoweit, als es sich um Beträge handelt, die für die Zeit vor Erlasse der angefochtenen Entscheidung nachträglich gezahlt werden sollen. Im übrigen hat der Recurs keine aufschiebende Wirkung.

Werden mit der Anfechtung einer Entscheidung des Schiedsgerichts in den im § 80 Absatz 1 Ziffer 1 bezeichneten Angelegenheiten Recursanträge wegen der im § 80 Absatz 1 Ziffer 2 bezeichneten Angelegenheiten verbunden, so darf die Entscheidung des Schiedsgerichts über die zuerst bezeichneten Angelegenheiten in dem Recursverfahren nur dann abgeändert werden, wenn im Uebrigen den Recursanträgen stattgegeben wird.

Über den Recurs entscheidet das Reichs-Versicherungsamt. Das Rechtsmittel ist bei demselben zur Vermeidung des Ausschlusses innerhalb eines Monats nach der Verkündung der Entscheidung des Schiedsgerichts einzulegen; die Bestimmung des § 80 Absatz 3 findet entsprechende Anwendung.

§ 81. Ist der Recurs unzulässig (§ 80 Absatz 1) oder verspätet (§ 80 Absatz 3), so hat das Reichs-Versicherungsamt den Recurs ohne mündliche Verhandlung zurückzuweisen; ebenso kann es verfahren, wenn die bei dem Beschlusse mitwirkenden Mitglieder einstimmig den Recurs für offenbar ungerechtfertigt erachten. Andernfalls hat das Reichs-Versicherungsamt nach mündlicher Verhandlung zu entscheiden.

Wird das angefochtene Urtheil aufgehoben, so kann das Reichs-Versicherungsamt statt in der Sache selbst zu entscheiden, dieselbe an das Schiedsgericht oder an das zuständige Genossenschaftsorgan zurückverweisen. Dabei kann das Reichs-Versicherungsamt auch die Kosten des Recurses festsetzen.

§ 83. Sobald einem Verletzten oder dessen Hinterbliebenen ein Entschädigungsanspruch gegenüber einer Genossenschaft rechtskräftig zuerkannt ist, kann auf Antrag ein gegenüber einer anderen Genossenschaft wegen desselben Unfalls etwa schwebendes Verfahren durch Beschluss des Reichs-Versicherungsamts eingestellt werden.

Sind, abgesehen von den Fällen des § 85, wegen desselben Unfalls Entschädigungsansprüche gegen mehrere Genossenschaften rechtskräftig anerkannt, so hat das Reichs-Versicherungsamt die zu Unrecht ergangene Feststellung oder Entscheidung aufzuheben.

Die auf Grund der aufgehobenen Feststellung oder Entscheidung geleisteten Zahlungen sind zu ersetzen; der Anspruch des Verletzten geht insoweit auf die ersatzberechtigte Genossenschaft über.

§ 84. Auf die Anfechtung rechtskräftiger Entscheidungen über einen Entschädigungsanspruch finden, unbeschadet der Bestimmungen der §§ 82, 83, die Vorschriften der Civilprocessordnung über die Wiederaufnahme des Verfahrens entsprechende Anwendung, soweit nicht durch Kaiserliche Verordnung mit Zustimmung des Bundesraths etwas Anderes bestimmt wird.

§ 85. Hat die Beschäftigung, bei welcher sich der Unfall ereignet hat, für mehrere zu verschiedenen Berufsgenossenschaften gehörende Betriebe stattgefunden, so können die beteiligten Genossenschaften die Entschädigungsverpflichtung unter sich vertheilen. Kommt eine Einigung nicht zu Stande, so ist das Reichs-Versicherungsamt berechtigt, auf Antrag einer beteiligten Genossenschaft die Vertheilung zu bestimmen. In solchem Falle ist nach Anhörung der beteiligten Vorstände nach billigem Ermessen festzustellen, mit welchem Antheile jede Genossenschaft an der Unfallentschädigung beteiligt ist, und welche Beträge derjenigen, welche vorläufig Entschädigung geleistet hat, zu erstatten sind.

Die Heranziehung einer der im vorstehenden Absatze bezeichneten Genossenschaften zur Aufbringung eines Antheils an der Entschädigung kann auch dann noch erfolgen, wenn ein ablehnender Bescheid der Genossenschaft oder eine den Anspruch des Entschädigungsberechtigten ihr gegenüber zurückweisende Entscheidung rechtskräftig geworden ist.

Die für die Feststellung der Entschädigung zuständige Genossenschaft ist mangels einer Vereinbarung durch das Reichs-Versicherungsamt zu bestimmen.

§ 86. Die Berufsgenossenschaften sind befugt, von der Rückforderung der gemäss §§ 76, 78, 81 Absatz 2 vor rechtskräftiger Entscheidung gezahlten Entschädigungen abzusehen.

§ 87. Nach erfolgter Feststellung der Entschädigung (§§ 69 ff.) hat der Genossenschaftsvorstand dem Berechtigten die mit der Zahlung beauftragte Postanstalt (§ 97) zu bezeichnen und der unteren Verwaltungsbehörde des Wohnorts über die dem Berechtigten zustehenden Bezüge Mittheilung zu machen. Das Gleiche gilt beim Eintritte von Veränderungen.

#### Veränderung der Verhältnisse.

§ 88. Tritt in den Verhältnissen, welche für die Feststellung der Entschädigung maassgebend gewesen sind, eine wesentliche Veränderung ein, so kann eine anderweite Feststellung erfolgen.

Nach Ablauf von zwei Jahren von der Rechtskraft des Bescheids oder der Entscheidung ab, durch welche die Entschädigung zuerst endgültig festgestellt worden ist, darf wegen einer im Zustande des Verletzten eingetretenen Veränderung eine anderweite Feststellung, sofern nicht zwischen der Berufsgenossenschaft und dem Empfangsberechtigten über einen kürzeren Zeitraum ausdrückliches Einverständnis

nur in Zeiträumen von mindestens einem Jahre beantragt oder vorgenommen

anderweite Feststellung erfolgt innerhalb der ersten fünf Jahre von der  
t der erwähnten Bescheide oder Entscheidungen ab auf Antrag oder von  
1 durch Bescheid der Berufsgenossenschaft, später, sofern nicht über die  
Feststellung zwischen der Berufsgenossenschaft und dem Empfangsberech-  
rückliches Einverständniss erzielt ist, nur auf Antrag durch Entscheidung  
sgerichts.

em Antrag auf Wiederaufnahme eines Heilverfahrens ist neben dem Ver-  
h die Krankenkasse, der er angehört, berechtigt.

Wird innerhalb der ersten fünf Jahre ein neuer Bescheid erlassen, bevor  
Entscheidung über die Höhe der Entschädigung die Rechtskraft erlangt  
uss die Rechtsmittelbelehrung in dem die Rente abändernden Bescheide  
weisen, dass durch das gegen den früheren Bescheid eingelegte Rechts-  
Eintritt der Rechtskraft des neuen Bescheides nicht gehemmt wird. Ab-  
neuen Bescheids ist derjenigen Stelle, bei welcher das Verfahren über den  
scheid schwebt, mitzuteilen. Diese ist berechtigt, bei Entscheidung der  
ehe darüber zu befinden, welche Entschädigung für die Zeit nach Erlass

Bescheids zu gewähren ist. Ein in Folge der Anfechtung des neuen  
etwa eingeleitetes Verfahren ist alsdann einzustellen.

einer Herabsetzung oder Aufhebung der Rente ist dem Rentenempfänger  
heilung derjenigen Unterlagen, auf Grund deren die Herabsetzung oder  
erfolgen soll, Gelegenheit zur Äusserung zu geben.

Erhöhung der Rente kann nur für die Zeit nach Anmeldung des höheren  
gefordert werden.

Minderung, Einstellung (§ 94) oder Aufhebung der Rente tritt mit Ablauf  
in Wirksamkeit, in welchem der die Veränderung aussprechende Bescheid  
worden ist.

Die anderweite Feststellung einer Rente nach Ablauf der ersten fünf  
n nur für die Zeit nach Zustellung des Antrags gefordert werden. Im  
vird der Zeitpunkt, von welchem an die Erhöhung, Minderung oder Auf-  
r Rente in Kraft treten soll, in der Entscheidung des Schiedsgerichts fest-  
benso bestimmt das Schiedsgericht, in welchen Summen und Fristen die  
nkrafttreten der Rentenminderung etwa bezahlten Mehrbeträge durch Kür-  
erer Rentenbezüge zur Erstattung gelangen sollen. Das Schiedsgericht  
Antrag auch schon vor dieser Entscheidung im Wege der einstweiligen  
anordnen, dass die fernere Rentenzahlung bis zur rechtskräftigen Ent-  
über den Antrag auf Aufhebung oder Minderung der Rente ganz oder  
eingestellt werde.

die Entscheidungen des Schiedsgerichts finden die Bestimmungen der  
ber das Rechtsmittel des Rekurses entsprechende Anwendung. Gegen die  
1 Satz 2 bis 4 bezeichneten Entscheidungen und Verfügungen des Schieds-  
ndet jedoch ein Rechtsmittel nicht statt.

der Antrag auf Abänderung der Rente dem Schiedsgericht unterbreitet,  
frühere Entscheidung über die Höhe der Entschädigung die Rechtskraft  
t, so ist die Stelle, bei welcher das frühere Verfahren anhängig ist, berech-  
esem darüber zu befinden, welche Entschädigung für die Zeit nach Zu-  
es Antrags auf Abänderung der Rente zu gewähren ist.

Die anderweite Rentenfestsetzung nach Abschluss eines neuen Heil-  
die Einstellung von Rentenzahlungen (§ 94), sowie die Ablösung einer  
h der Krankenversorgung u. Krankenpflege. II. B.L.



rch eine entsprechende Kapitalzahlung abfinden. Der Verletzte muss vor  
eines Antrags darüber belehrt werden, dass er nach der Abfindung auch  
lle keinerlei Anspruch auf Rente mehr habe, wenn sein Zustand sich  
verschlechtern würde. Gegen den Bescheid, durch welchen die Kapital-  
festgesetzt wird, ist Berufung (§ 76) zulässig. Das Rechtsmittel hat in  
le aufschiebende Wirkung. Bis zur Verkündung der Entscheidung kann  
zurückgezogen werden. Die Entscheidung des Schiedsgerichts ist end-  
; kann nur auf Bestätigung oder auf Aufhebung des Bescheids lauten.  
er Entschädigungsberechtigte ein Ausländer, so kann er, falls er seinen  
m Deutschen Reiche aufgibt, auf seinen Antrag mit dem dreifachen Be-  
ahresrente abgefunden werden. Durch Beschluss des Bundesraths kann  
mmung für bestimmte Grenzgebiete oder für die Angehörigen solcher aus-  
staaten, durch deren Gesetzgebung deutschen, durch Unfall verletzten  
ine entsprechende Fürsorge gewährleistet ist, ausser Kraft gesetzt werden.  
Bestimmungen finden auch Anwendung auf solche Renten, welche vor  
treten dieses Gesetzes festgestellt worden sind. Wird eine solche Ab-  
Laufe der ersten drei Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes ausgesprochen,  
ie Berufsgenossenschaften berechtigt, die erforderlichen Mittel aus dem  
ds zu entnehmen. Dieser ist dann nach näherer Anordnung des Reichs-  
ngsamts (§ 34, Absatz 2) wieder zu ergänzen.

#### Uebertragung der Ansprüche.

Die Uebertragung der aus diesem Gesetze sich ergebenden Ansprüche auf  
e deren Verpfändung oder Pfändung hat nur insoweit rechtliche Wirkung,  
lgt:

ur Deckung eines Vorschusses, welcher dem Berechtigten auf seine An-  
r Anweisung der Rente oder des Sterbegeldes von dem Betriebsunternehmer  
Genossenschaftsorgan oder dem Mitglied eines solchen Organs gegeben  
:  
e Deckung der im § 850 Abs. 1 der Civilprozessordnung bezeichneten For-



## Auszahlungen durch die Post.

§ 97. Die Auszahlung der auf Grund dieses Gesetzes zu leistenden Entschädigungen wird auf Anweisung des Genossenschaftsvorstandes vorschussweise durch die Postverwaltung und zwar durch diejenigen Postanstalten bewirkt, in deren Bezirke die Empfangsberechtigten ihren Wohnsitz haben.

Verlegt der Empfangsberechtigte seinen Wohnsitz, so hat er die Ueberweisung der Auszahlung der ihm zustehenden Entschädigung an die Postanstalt seines neuen Wohnorts bei dem Vorstände, von welchem die Zahlungsanweisung erlassen worden ist, oder bei der Postanstalt des bisherigen Wohnsitzes zu beantragen.

Die §§ 98—111 handeln von den Bestimmungen über die Vermögensverwaltung der Berufsgenossenschaften und von deren Verhältniss zu der Post.

Die §§ 112—118 handeln von den Unfallverhütungsvorschriften, die §§ 119 bis 124 von der Ueberwachung der Betriebe.

## VI. Beaufsichtigung der Berufsgenossenschaften.

§ 125. Die Genossenschaften unterliegen in Bezug auf die Befolgung dieses Gesetzes der Beaufsichtigung durch das Reichs-Versicherungsamt. Die Aufsicht hat sich auf die Beobachtung der gesetzlichen und statutarischen Vorschriften zu erstrecken.

Das Reichs-Versicherungsamt ist befugt, jederzeit eine Prüfung der Geschäftsführung der Genossenschaften vorzunehmen.

Die Vorstandsmitglieder, Vertrauensmänner und Beamten der Genossenschaften sind auf Erfordern des Reichs-Versicherungsamts zur Vorlegung ihrer Bücher, Beläge und ihrer auf den Inhalt der Bücher bezüglichen Correspondenzen sowie der auf die Festsetzung der Entschädigungen und Jahresbeiträge bezüglichen Schriftstücke an die Beauftragten des Reichs-Versicherungsamts oder an das letztere selbst verpflichtet. Dieselben können hierzu durch Geldstrafen bis zu eintausend Mark angehalten werden.

Der Aufsicht des Reichs-Versicherungsamts unterstehen ferner die von den Berufsgenossenschaften errichteten oder unterhaltenen Heilanstalten. Das Reichs-Versicherungsamt kann zu den zum Zwecke der Aufsicht stattfindenden Revisionen Vertreter der Berufsgenossenschaften und der Arbeiter zuziehen.

§ 126. Das Reichs-Versicherungsamt entscheidet, unbeschadet der Rechte Dritter, über Streitigkeiten, welche sich auf die Rechte und Pflichten der Inhaber der Genossenschaftsämter, auf die Auslegung der Statuten und die Gültigkeit der vollzogenen Wahlen beziehen. Dasselbe kann die Inhaber der Genossenschaftsämter zur Befolgung der gesetzlichen und statutarischen Vorschriften durch Geldstrafen bis zu eintausend Mark anhalten.

§ 127. Ist für das Gebiet eines Bundesstaats ein Landes-Versicherungsamt errichtet, so unterliegen Berufsgenossenschaften, welche nur solche Betriebe umfassen, deren Sitz im Gebiete des betreffenden Bundesstaats belegen ist, der Beaufsichtigung durch das Landes-Versicherungsamt. In den Angelegenheiten dieser Berufsgenossenschaften gehen die in den §§ 23, 26 des Gesetzes, betreffend die Abänderung der Unfallversicherungsgesetze, sowie in den §§ 31, 34, 39, 44, 46 bis 49, 51, 53, 54, 58, 59, 61, 62, 73, 80 bis 85, 95, 102, 105 bis 107, 110, 112 bis 116, 119, 120, 123 bis 126, 128 dieses Gesetzes dem Reichs-Versicherungsamt übertragenen Zuständigkeiten auf das Landes-Versicherungsamt über.

Siehe in den Fällen der § 51, 53, 58, 61, 73, 82, 83, 85 eine der Aufsicht Landes-Versicherungsamts oder des Reichs-Versicherungsamts Genossenschaft oder eine Ausführungsbehörde eines anderen Bundesstaats; entscheidet das Reichs-Versicherungsamt. Das Landes-

sicherungsamt hat in solchen Fällen die Akten an das Reichs-Versicherungsamt zur Entscheidung abzugeben.

Hat das Reichs-Versicherungsamt einen Entschädigungsanspruch um deswillen lehnt, weil nicht der in Ansuch genommene Träger der Versicherung, sondern anderer Träger zur Entschädigung verpflichtet ist, so kann der Anspruch gegen letzteren nicht mit der Begründung abgelehnt werden, dass der erstere entschädigungspflichtig sei.

Treten für eine der im Absatz 1 genannten, der Aufsicht eines Landes-Versicherungsamts unterstellten Berufsgenossenschaften die Voraussetzungen des § 54 ein, ehen die Rechtsansprüche und Verpflichtungen auf den betreffenden Bundesüber.

§§ 128—133 handeln von den Reichs- und Staatsbetrieben.

### VIII. Schluss- und Strafbestimmungen.

#### Knappschafts-Berufsgenossenschaften.

§ 134. Unternehmer von Betrieben, welche landesgesetzlich bestehenden Knappschaftsverbänden angehören, können auf Antrag der Vorstände der letzteren vom Iesrathe zu Knappschafts-Berufsgenossenschaften vereinigt werden.

Die Knappschafts-Berufsgenossenschaften können durch Statut bestimmen:

a) dass die Entschädigungsbeträge auch über fünfundsiebenzig Procent hinaus von denjenigen Sectionen zu tragen sind, in deren Bezirken die Unfälle eintreten sind;

b) dass den Knappschaftsältesten die Functionen der in den §§ 113 bis 115 bezeichneten Vertreter der Arbeiter übertragen werden;

c) dass Knappschaftsälteste stimmberechtigte Mitglieder des Genossenschaftsstandes oder, sofern die Knappschafts-Berufsgenossenschaft in Sectionen getheilt, der Sectionsvorstände sind;

d) dass die Auszahlung der Entschädigungen durch die Knappschaftskassen wirkt wird (§ 97).

§§ 135—139 handeln von der Haftung der Betriebsunternehmer und Betriebsämtern.

§ 140 handelt von der Haftung Dritter,

§ 141 von dem Verbot vertragsmässiger Beschränkung,

§ 142 von der unbehinderten Ausübung der Functionen,

§ 143 von den älteren Versicherungsverträgen.

#### § 144. Rechtshilfe.

Die öffentlichen Behörden sind verpflichtet, den im Vollzuge dieses Gesetzes an sie ergehenden Ersuchen des Reichs-Versicherungsamts, der Landes-Versicherungsämter, der Schiedsgerichte, anderer öffentlicher Behörden sowie der Genossenschafts- und Sectionsvorstände zu entsprechen und den Organen der Berufsgenossenschaften auch unaufgefordert alle Mittheilungen zukommen zu lassen, welche für deren Geschäftsbetrieb von Wichtigkeit sind. Die gleiche Verpflichtung liegt den Organen der Genossenschaften gegen einander und gegenüber den Behörden sowie den Organen der Versicherungsanstalten für Invalidenversicherung und der Krankenkassen ob. Die Verpflichtung der Behörden erstreckt sich insbesondere auch auf die Vollstreckung rechtskräftiger Bescheide und Erkenntnisse.

Die durch die Erfüllung dieser Verpflichtungen entstehenden Kosten sind von

den Genossenschaften als eigene Verwaltungskosten (§ 29) insoweit zu erstatten, wie sie in Tagegeldern und Reisekosten sowie in Gebühren für Zeugen und ständige oder in sonstigen baaren Auslagen bestehen.

#### § 145. Gebühren- und Stempelfreiheit.

Alle zur Begründung und Abwicklung der Rechtsverhältnisse zwischen Berufsgenossenschaften einerseits und den Versicherten andererseits erforderlichen gerichtlichen und aussergerichtlichen Verhandlungen und Urkunden sind gebühren- und stempelfrei. Dasselbe gilt für die im § 42 Absatz 3 bezeichneten Bescheinigungen und für die behufs Vertretung von Berufsgenossenschaften ausgestellten privatschriftlichen Vollmachten.

§§ 146—151 enthalten Strafbestimmungen.

#### § 152. Zuständige Landesbehörden.

Die Centralbehörden der Bundesstaaten bestimmen, von welchen Stadt- und Gemeindebehörden die in diesem Gesetze den höheren Verwaltungsbehörden unteren Verwaltungsbehörden und den Ortspolizeibehörden zugewiesenen Verwaltungen wahrzunehmen sind.

Die in Gemässheit dieser Vorschrift erlassenen Bestimmungen sind dem Reichsanzeiger bekannt zu machen.

Die höhere Verwaltungsbehörde kann bestimmte Gemeindebehörden als Verwaltungsbehörden im Sinne des § 70 bezeichnen und mit der Wahrnehmung der dort vorgesehenen Geschäfte betrauen.

§§ 153—154 handeln von der Strafvollstreckung.

#### §§ 155. Zustellungen.

Zustellungen, welche den Lauf von Fristen bedingen, können durch mittelst eingeschriebenen Briefes erfolgen. Posteinlieferungsscheine begründen den Ablauf von zwei Jahren seit ihrer Ausstellung die Vermuthung für die in dem bestimmungsmässigen Frist nach der Einlieferung erfolgte Zustellung.

Personen, welche nicht im Inlande wohnen, können von den zustellenden Behörden und Genossenschaftsorganen aufgefordert werden, einen Zustellungsmächtigen zu bestellen.

Ist der Aufenthalt einer Person, welcher zugestellt werden soll, nicht bekannt oder wird der nach Absatz 2 ergangenen Aufforderung nicht innerhalb der gesetzlich bestimmten Frist genügt, so kann die Zustellung durch öffentlichen Aushang während einer Woche in den Geschäftsräumen der zustellenden Behörden oder Genossenschaftsorgane ersetzt werden.

### c) Unfallversicherungsgesetz für Land- und Forstwirthe

#### I. Allgemeine Bestimmungen.

##### Umfang der Versicherung.

§ 1. Alle in land- oder forstwirtschaftlichen Betrieben beschäftigten Arbeiter und Betriebsbeamten, letztere, sofern ihr Jahresarbeitsverdienst an Gehalt oder Lohn dreitausend Mark nicht übersteigt, werden gegen die Folgen der bei dem Erwerb sich ereignenden Unfälle nach Massgabe der Bestimmungen dieses Gesetzes versichert.

Dasselbe gilt mit den aus Absatz 3 Ziffer 1, 2 sich ergebenden Ausnahmen für Arbeiter und Betriebsbeamten in solchen Unternehmungen, welche der Unternehmung eines land- oder forstwirtschaftlichen Betriebs neben seiner Land- oder Forst-

ift, aber in wirthschaftlicher Abhängigkeit von derselben betreibt (land- oder forstwirtschaftliche Nebenbetriebe). Hierzu sind insbesondere solche Betriebe zu rechnen, welche ausschliesslich oder vorzugsweise bestimmt sind

1. zur weiteren Bearbeitung oder Verarbeitung von Erzeugnissen der Land- oder Forstwirtschaft des Unternehmers,
2. oder zur Befriedigung von Bedürfnissen seiner Land- oder Forstwirtschaft,
3. oder zur Gewinnung oder Verarbeitung von Bodenbestandtheilen seines Grundstücks.

Unter dieses Gesetz fallen nicht

1. Bergwerke, Salinen, Aufbereitungsanstalten, Werften, Bauhöfe, Hüttenwerke und ähnliche Betriebe, in denen Explosivstoffe oder explodirende Gegenstände gewerbsmässig erzeugt werden,

2. solche Betriebe, welche nach näherer Bestimmung des Reichs-Versicherungsgesetzes wegen ihres erheblichen Umfanges oder wegen besonderer maschineller Einrichtungen oder wegen der Zahl der verwendeten gewerblichen Arbeiter den unter dem Gewerbe-Unfallversicherungsgesetz fallenden Fabriken zuzurechnen sind.

Die laufenden Reparaturen an den zum Betriebe der Land- und Forstwirtschaft gehörenden Gebäuden und die zum Wirtschaftsbetriebe gehörenden Bodencultur- und landwirthschaftlichen Bauarbeiten, insbesondere die diesem Zwecke dienende Herstellung oder Unterhaltung von Wegen, Dämmen, Canälen und Wasserläufen gelten als Theile des land- und forstwirtschaftlichen Betriebs, wenn sie von Unternehmern land- oder forstwirtschaftlicher Betriebe ohne Uebertragung an andere Unternehmer auf ihren Grundstücken ausgeführt werden. Die kraft öffentlich-rechtlicher Verpflichtung von Unternehmern land- oder forstwirtschaftlicher Betriebe für Gemeindezwecke geleisteten Arbeiten zur Herstellung oder Unterhaltung von Gebäuden, Wegen, Canälen, Dämmen und Wasserläufen werden den land- oder forstwirtschaftlichen Betrieben dieser Unternehmer zugerechnet.

Der Landesgesetzgebung bleibt überlassen, zu bestimmen, in welchem Umfang und unter welchen Voraussetzungen Unternehmer der unter Absatz 1 fallenden Betriebe versichert, oder Familienangehörige, welche in dem Betriebe des Familienhauptes beschäftigt werden, von der Versicherung ausgeschlossen sein sollen.

Wer im Sinne dieses Gesetzes als Betriebsbeamter oder als eine solche Person angesehen ist, welche zum Unterschiede von den gewöhnlichen land- oder forstwirtschaftlichen Arbeitern eine technische Fertigkeiten erfordernde besondere Stellung einnimmt (z. B. Förster, Gärtner, Gärtnergehilfen; gewerbliche Facharbeiter, wie Maschinisten, Maschinenführer, Heizer, Müller, Ziegler, Stellmacher, Schmiede u. A.), wird durch die statutarische Bestimmung der Berufsgenossenschaft (§ 33) für ihren Bezirk festgelegt. Bis zum Erlass entsprechender statutarischer Bestimmungen bleiben diese Personen den sonstigen Arbeitern gleichgestellt.

Als landwirthschaftlicher Betrieb im Sinne dieses Gesetzes gilt auch der Betrieb gewerblicher Gärtnerei (Kunst- und Handelsgärtnerei, Baumschule und Samenreie), dagegen nicht die ausschliessliche Bewirthschaftung von Haus- und Zier-

... welche Betriebszweige im Sinne dieses Gesetzes als land- oder forstwirtschaftliche Betriebe anzusehen sind, bestimmt das Reichs-Versicherungsamt.

2. Die Versicherung erstreckt sich auf hauswirthschaftliche Verrichtungen und Dienste, zu denen die auf Grund dieses Gesetzes versicherten Personen, namentlich in der Land- oder Forstwirtschaft oder in deren Nebenbetrieben eingesetzt werden, von dem Arbeitgeber oder dessen Beauftragten herangezogen werden. Durch Statut kann die Versicherung für Betriebsunternehmer, die haupt-

sächlich in der Land- oder Forstwirtschaft beschäftigt sind, auf die mit der Land- oder Forstwirtschaft im Zusammenhange stehenden hauswirtschaftlichen Verrichtungen erstreckt werden.

§ 3 lautet wörtlich so wie § 4 des Gewerbe-Unfallversicherungs-Gesetzes (siehe S. 804).

§ 4. Durch Statut kann die Versicherungspflicht auf Betriebsunternehmer, deren Jahresarbeitsverdienst dreitausend Mark nicht übersteigt oder welche nicht regelmässig mehr als zwei Lohnarbeiter beschäftigen, sowie auf Betriebsbeamte mit einem dreitausend Mark übersteigenden Jahresarbeitsverdienst erstreckt werden. Bei der Versicherung von Betriebsbeamten ist, vorbehaltlich der Bestimmung des § 12, der volle Jahresarbeitsverdienst zu Grunde zu legen.

Betriebsunternehmer, deren Jahresarbeitsverdienst dreitausend Mark nicht übersteigt oder welche nicht regelmässig mehr als zwei Lohnarbeiter beschäftigen, sind berechtigt, gegen die Folgen von Betriebsunfällen sich selbst zu versichern. Durch Statut kann diese Berechtigung auf Unternehmer mit einem höheren Jahresarbeitsverdienst erstreckt werden.

Durch Statut kann ferner bestimmt werden, dass und unter welchen Bedingungen gegen die Folgen der bei dem Betrieb oder Dienste sich ereignenden Unfälle versichert werden können

a) im Betriebe beschäftigte, aber nach § 1 nicht versicherte Personen durch den Betriebsunternehmer;

b) nicht im Betriebe beschäftigte, aber die Betriebsstätte besuchende Personen durch den Betriebsunternehmer oder den Vorstand der Berufsgenossenschaft:

c) Organe und Beamte der Berufsgenossenschaft durch deren Vorstand.

§§ 5—8 wie §§ 6—9 siehe SS. 804, 805.

§ 9. Bei Berechnung der Rente für Betriebsbeamte und die übrigen im § 1 Absatz 6 bezeichneten Personen ist der Jahresarbeitsverdienst zu Grunde zu legen, welchen der Verletzte in dem Betrieb, in welchem der Unfall sich ereignete, während des letzten Jahres bezogen hat.

Als Jahresarbeitsverdienst gilt, soweit sich derselbe nicht aus mindestens wochenweise fixierten Beträgen zusammensetzt, das Dreihundertfache des durchschnittlichen täglichen Arbeitsverdienstes an Gehalt oder Lohn (§ 5). Für versicherte Personen in Betrieben, in welchen die übliche Betriebsweise eine höhere oder niedrigere Zahl von Arbeitstagen ergibt, wird diese Zahl statt der Zahl dreihundert der Berechnung des Jahresarbeitsverdienstes zu Grunde gelegt.

War der Verletzte in dem Betrieb, in welchem der Unfall sich ereignet hat, nicht ein volles Jahr, von dem Unfälle zurückgerechnet, beschäftigt, so ist die Rente nach demjenigen Jahresarbeitsverdienste zu berechnen, welchen während dieses Zeitraums versicherte Personen derselben Art in demselben Betrieb oder in benachbarten gleichartigen Betrieben bezogen haben. Ist dies nicht möglich, so ist der dreihundertfache Betrag desjenigen Arbeitslohns zu Grunde zu legen, welchen der Verletzte während des letzten Jahres vor dem Unfall an denjenigen Tagen, an welchen er beschäftigt war, im Durchschnitt bezogen hat.

§ 10. Bei Berechnung der Rente für Arbeiter, welche nicht unter § 9 fallen, gilt als Jahresarbeitsverdienst derjenige Jahresarbeitsverdienst, welchen land- oder forstwirtschaftliche Arbeiter am Orte der Beschäftigung (§ 28) durch land- oder forstwirtschaftliche sowie durch anderweitige Erwerbstätigkeit durchschnittlich erzielen. Der Betrag dieses durchschnittlichen Jahresarbeitsverdienstes wird durch die höhere Verwaltungsbehörde nach Anhörung der unteren Verwaltungsbehörde je besonders für männliche und weibliche, für jugendliche und erwachsene Arbeiter festgesetzt.

2. Uebersteigt der nach §§ 9 bis 11 zu Grunde zu legende Jahresarbeits-  
den Betrag von fünfzehnhundert Mark, so ist der überschüssende Betrag  
inem Drittel anzurechnen.

nicht bei den unter § 1 Absatz 6 fallenden Personen der nach § 9 berechnete  
eitsverdienst nicht das Dreihundertfache des nach § 8 des Krankenversiche-  
etzes für den Beschäftigungsort festgesetzten ortsüblichen Tagelohns gewöhn-  
gearbeiter, so ist das Dreihundertfache dieses ortsüblichen Tagelohns der  
ng der Rente zu Grunde zu legen.

Festsetzung der Rente für verletzte jugendliche Personen ist auf die Zeit  
ollendeten sechzehnten Lebensjahre der für jugendliche Arbeiter festgesetzte  
nittliche Jahresarbeitsverdienst, auf die spätere Zeit der für erwachsene Ar-  
tgesetzte durchschnittliche Jahresarbeitsverdienst zu Grunde zu legen.

3. Soweit die Rente nach dem von der höheren Verwaltungsbehörde fest-  
durchschnittlichen Jahresarbeitsverdienste land- oder forstwirthschaftlicher  
oder nach dem ortsüblichen Tagelohne gewöhnlicher Tagearbeiter zu be-  
st, ist bei dieser Berechnung für Personen, welche vor dem Unfalle bereits  
erwerbsunfähig waren, derjenige Theil des durchschnittlichen Jahresarbeits-  
es zu Grunde zu legen, welcher dem Maasse der bisherigen Erwerbsfähigkeit  
t.

4. Absatz 1 wie § 11 Absatz 1 siehe S. 806.

eitigkeiten, welche aus Anlass dieser Bestimmungen zwischen den Berufs-  
schaften und den Krankenkassen entstehen, werden, sofern es sich um die  
achtung der den Berufsgenossenschaften eingeräumten Befugnisse handelt,  
nach § 58 Absatz 1 des Krankenversicherungsgesetzes zuständigen Aufsichts-  
der beteiligten Krankenkasse endgültig, sofern es sich aber um Ersatz-  
e handelt, nach § 58 Absatz 2 des Krankenversicherungsgesetzes entschieden.  
en Krankenkassen oder Verbände von Krankenkassen Heilanstalten errichtet,  
n ausreichende Einrichtungen für die Heilung der durch Unfall herbei-  
Verletzungen getroffen sind, so kann die Landes-Centralbehörde anordnen,  
betreffenden Kassen bis zum Beginne der vierzehnten Woche nach Eintritt

1. als Sterbegeld der fünfzehnte Theil des nach §§ 9 bis 12 der Berechnung der Rente zu Grunde zu legenden Jahresarbeitsverdienstes, jedoch mindestens ein Betrag von fünfzig Mark;

2. eine den Hinterbliebenen vom Todestage des Verstorbenen ab zu gewährende Rente. Dieselbe besteht nach näherer Bestimmung der §§ 17 bis 21 in einem Bruchtheile seines nach §§ 9 bis 12 ermittelten Jahresarbeitsverdienstes.

Ist bei Betriebsbeamten und Personen der im § 1 Absatz 6 bezeichneten Art der der Berechnung zu Grunde zu legende Jahresarbeitsverdienst in Folge eines früher erlittenen, nach den reichsgesetzlichen Bestimmungen über Unfallversicherung entschädigten Unfalls geringer als der vor diesem Unfälle bezogene Lohn, so ist die am Anlass des früheren Unfalls bei Lebzeiten bezogene Rente dem Jahresarbeitsverdienste bis zur Höhe des der früheren Rentenfeststellung zu Grunde gelegten Jahresarbeitsverdienstes hinzuzurechnen.

§§ 17—22 wie §§ 16—21, siehe SS. 808, 809.

§ 23. An Stelle der im § 8 vorgeschriebenen Leistungen kann von der Berufsgenossenschaft freie Cur und Verpflegung in einer Heilanstalt gewährt werden, und zwar:

1. für Verletzte, welche verheirathet sind oder eine eigene Haushaltung haben oder Mitglieder der Haushaltung ihrer Familie sind, mit ihrer Zustimmung. Der Zustimmung bedarf es nicht, wenn die Art der Verletzung Anforderungen an die Behandlung oder Verpflegung stellt, denen in der Familie nicht genügt werden kann, oder wenn der für den Aufenthaltsort des Verletzten amtlich bestellte Arzt bezeugt, dass Zustand oder Verhalten des Verletzten eine fortgesetzte Beobachtung erfordert;

2. für sonstige Verletzte in allen Fällen.

Für die Zeit der Verpflegung des Verletzten in der Heilanstalt steht seinen Angehörigen ein Anspruch auf Rente insoweit zu, als sie dieselbe im Falle seines Todes würden beanspruchen können (§§ 16 ff.).

Die Berufsgenossenschaften sind befugt, auf Grund statutarischer Bestimmung allgemein, ohne eine solche im Falle der Bedürftigkeit, dem in einer Heilanstalt untergebrachten Verletzten sowie seinen Angehörigen eine besondere Unterstützung zu gewähren.

§ 24. Ist begründete Annahme vorhanden, dass der Empfänger einer Unfallrente bei Durchführung eines Heilverfahrens eine Erhöhung seiner Erwerbsfähigkeit erlangen werde, so kann die Berufsgenossenschaft zu diesem Zwecke jederzeit ein neues Heilverfahren eintreten lassen. Dabei finden die Bestimmungen der §§ 14, 23 Anwendung.

Hat sich der Verletzte solchen Maassnahmen der Berufsgenossenschaft, den gemäss § 8 Absatz 1 Ziffer 1, §§ 14, 23 oder gemäss den Bestimmungen der §§ 76c, 76d des Krankenversicherungsgesetzes getroffenen Anordnungen ohne gesetzlichen oder sonst triftigen Grund entzogen, so kann ihm der Schadensersatz auf Zeit ganz oder theilweise versagt werden, sofern er auf diese Folge hingewiesen worden ist und nachgewiesen wird, dass durch sein Verhalten die Erwerbsfähigkeit ungünstig beeinflusst wird.

§ 24 wie § 23, siehe S. 809.

§ 26. Durch statutarische Bestimmungen einer Gemeinde für ihren Bezirk oder eines weiteren Communalverbandes für seinen Bezirk oder Theile desselben kann, sofern daselbst nach Herkommen der Lohn der in land- oder forstwirtschaftlichen Betrieben beschäftigten Arbeiter ganz oder zum Theil in Form von Naturalleistungen gewährt wird, bestimmt werden, dass denjenigen in diesem Bezirke wohnenden Rentenempfängern, welche innerhalb desselben als Arbeiter in land- und forstwirtschaft-

betrieben ihren Gehalt oder Lohn ganz oder zum Theil in Form von Naturalien bezogen haben, sowie den Angehörigen oder Hinterbliebenen solcher Personen die Rente bis zu zwei Dritteln ihres Betrags in dieser Form gewährt falls der Bezugsberechtigte dieser Art der Gewährung der Rente zustimmt. Der Werth der Naturalleistungen wird nach Durchschnittspreisen in Ansatz gebracht. Die Höhe der Rente wird von der höheren Verwaltungsbehörde festgesetzt. Die statutarische Rente bedarf der Genehmigung der höheren Verwaltungsbehörde.

Personen, welchen wegen gewohnheitsmässiger Trunksucht nach Anordnung der zuständigen Behörde geistige Getränke in öffentlichen Schankstätten verabfolgt werden dürfen, ist die Rente in derjenigen Gemeinde, für deren Bezirk eine solche Anordnung getroffen worden ist, auch ohne dass die Voraussetzungen des Absatz 1 vorliegen, theilweise oder ihrem vollen Betrage nach in Naturalleistungen zu gewähren. Diese Bestimmung findet keine Anwendung auf Personen, welche wegen Trunksucht entmündigt sind.

Der Anspruch auf die Rente geht zu demjenigen Betrage, in welchem Naturalien gewährt werden, auf den Kommunalverband, für dessen Bezirk eine solche Anordnung getroffen ist, über, wogegen diesem die Leistung der Naturalien obliegt. Die Naturalleistungen im Falle des Absatz 2 nicht in Anspruch genommene Beträge der Rente ist der Ehefrau des Bezugsberechtigten, seinen Kindern oder seinen Angehörigen zu überweisen.

Dem Bezugsberechtigten, auf welchen vorstehende Bestimmungen Anwendung finden, ist dies von dem Kommunalverbande mitzuthemen.

Der Bezugsberechtigte ist befugt, binnen zwei Wochen nach der Zustellung der Entscheidung der Kommunalaufsichtsbehörde anzurufen. Auf diesem Wege werden alle übrigen Streitigkeiten entschieden, welche aus der Anwendung dieser Bestimmungen zwischen dem Bezugsberechtigten und dem Kommunalverbande entstehen.

Sobald der Uebergang des Anspruchs auf Rente endgültig feststeht, hat auf Verlangen des Kommunalverbandes der Vorstand der Berufsgenossenschaft die Postung hiervon rechtzeitig in Kenntniss zu setzen.

27. Während der ersten dreizehn Wochen nach dem Unfall eines Arbeiters in der Gemeinde, in deren Bezirke der Verletzte beschäftigt war, demselben die Kosten des Heilverfahrens in dem im § 6 Absatz 1 Ziffer 1 des Krankenversicherungsgesetzes bezeichneten Umfange zu gewähren. Diese Verpflichtung besteht nicht, wenn die Verletzten auf Grund gesetzlicher Bestimmung Anspruch auf eine gleiche Rente haben oder nach § 136 des Gesetzes vom 5. Mai 1886 von der Versicherungspflicht befreit sind oder sich im Auslande aufhalten. Soweit aber solchen Personen im § 6 Absatz 1 Ziffer 1 des Krankenversicherungsgesetzes bezeichneten Kosten von den zunächst Verpflichteten nicht gewährt werden, hat die Gemeinde



Der § 65 Absatz 3 findet keine Anwendung auf die Bestimmung derjenigen Gemeinde, welche nach § 27 die Kosten des Heilverfahrens zu gewähren hat.

§ 29. Streitigkeiten über Unterstützungsansprüche, welche aus der Bestimmung des § 27 zwischen den Verletzten einerseits und den Gemeinden andererseits entstehen, werden von der Aufsichtsbehörde entschieden. Die Entscheidung ist vorläufig vollstreckbar. Dieselbe kann innerhalb eines Monats nach der Zustellung der Entscheidung im Verwaltungsstreitverfahren, wo ein solches nicht besteht, im Wege des Recurses nach Maassgabe der Vorschriften der §§ 20, 21 der Gewerbeordnung angefochten werden.

Streitigkeiten über Ersatzansprüche, welche aus den Bestimmungen des § 27 entstehen, werden im Verwaltungsstreitverfahren, wo ein solches nicht besteht, von der Aufsichtsbehörde der in Anspruch genommenen Gemeinde, Gemeindekrankenversicherung oder Krankenkasse entschieden. Gegen die Entscheidung der letzteren findet der Recurs nach Maassgabe der Vorschriften der §§ 20, 21 der Gewerbeordnung statt.

Der Landes-Centralbehörde bleibt überlassen, vorzuschreiben, dass anstatt des Recursverfahrens innerhalb der Recursfrist die Berufung auf den Rechtsweg mittelst Erhebung der Klage stattfinde.

§ 30 wie § 25 siehe S. 810.

§ 31. Der Antrag auf Ueberweisung von Rentenbeträgen (§ 30 Absatz 2 bis 5) ist bei der Berufsgenossenschaft anzumelden; soweit es sich um den Ersatz für eine vorübergehende Unterstützung handelt, ist der Anspruch bei Vermeidung der Ausschlusses spätestens binnen drei Monaten seit Beendigung der Unterstützung geltend zu machen.

Streitigkeiten, welche aus den Bestimmungen des § 30 Absatz 2 bis 5 zwischen den Betheiligten über den Anspruch auf Ueberweisung von Rentenbeträgen entstehen, werden im Verwaltungsstreitverfahren und, wo ein solches nicht besteht, durch die dem Ersatzberechtigten vorgesetzte Aufsichtsbehörde entschieden. Die Entscheidung der letzteren kann innerhalb eines Monats nach der Zustellung im Wege des Recurses nach Maassgabe der §§ 20, 21 der Gewerbeordnung angefochten werden.

§ 32. Die Bestimmungen der §§ 30, 31 gelten auch für Betriebsunternehmer und Kassen, welche die den Gemeinden oder Armenverbänden obliegende Verpflichtung zur Unterstützung Hilfsbedürftiger auf Grund gesetzlicher Vorschrift erfüllen.

Die §§ 33—69 handeln von der Organisation der Berufsgenossenschaften.

§§ 70—140 wie §§ 63—133 mit entsprechender Abänderung der in dem Texte angezogenen Paragraphenziffern, siehe SS. 811—821.

Die §§ 141—145 handeln von der landesgesetzlichen Regelung.

## IX. Schluss- und Strafbestimmungen.

Haftpflcht der Betriebsunternehmer und Betriebsbeamten. Haftung Dritter. Verbot vertragsmässiger Beschränkungen. Unbehinderte Ausübung der Functionen. Rechtshülfe. Gebühren- und Stempelfreiheit. Strafbestimmungen. Zuständige Behörden. Strafvollstreckung. Zustellungen. Uebergangsbestimmungen. §§ 146—167.

### d) Bau-Unfallversicherungsgesetz.

#### 1. Allgemeine Bestimmungen.

##### Umfang der Versicherung.

§ 1. Arbeiter, welche bei der Ausführung von Bauarbeiten beschäftigt und nicht auf Grund des Gewerbe-Unfallversicherungsgesetzes oder des Unfallversicherungs-

**Arbeiter für Land- und Forstwirtschaft gegen Unfall versichert sind, werden gegen die Folgen der bei den Bauarbeiten sich ereignenden Unfälle nach Maassgabe der Bestimmungen dieses Gesetzes versichert.**

**Dasselbe gilt von den Betriebsbeamten und den ihnen im Sinne dieses Gesetzes higestellten Werkmeistern und Technikern, sofern ihr Jahresarbeitsverdienst an Lohn oder Gehalt dreitausend Mark nicht übersteigt.**

**Auf die im § 1 des Gesetzes, betreffend die Fürsorge für Beamte und Personen Soldatenstandes in Folge von Betriebsunfällen, vom 15. März 1886 (Reichs-Gesetzbl. S. 53) bezeichneten Personen, auf Beamte, welche in Betriebsverwaltungen eines Bundesstaats oder eines Communalverbandes mit festem Gehalt und Pensionsbezug angestellt sind, sowie auf andere Beamte eines Bundesstaats oder eines Communalverbandes, für welche die im § 12 a. a. O. vorgesehene Fürsorge in Kraft ist, findet dieses Gesetz keine Anwendung. Die Ausführung von Bauarbeiten als Betrieb im Sinne des Gesetzes vom 15. März 1886.**

**§§ 2—3 wie §§ 3—4 des Gewerbe-Unfallversicherungsgesetzes siehe S. 804.**

**§ 4. Durch Statut kann die Versicherungspflicht auf Gewerbetreibende, deren Jahresarbeitsverdienst dreitausend Mark nicht übersteigt oder welche nicht regelmässig mehr als zwei Lohnarbeiter beschäftigen, sowie auf Betriebsbeamte mit einem Jahresarbeitsverdienst übersteigenden Jahresarbeitsverdienst erstreckt werden.**

**Bei der Versicherung von Betriebsbeamten ist der volle Jahresarbeitsverdienst Grunde zu legen.**

**Unternehmer von Bauarbeiten, deren Jahresarbeitsverdienst dreitausend Mark nicht übersteigt oder welche nicht regelmässig mehr als zwei Lohnarbeiter beschäftigen, sind berechtigt, gegen die Folgen von Betriebsunfällen sich selbst zu versichern. Durch Statut kann diese Berechtigung auf Unternehmer mit einem höheren Jahresarbeitsverdienst erstreckt werden.**

**Durch Statut kann ferner bestimmt werden, dass und unter welchen Bedingungen gegen die Folgen der bei dem Betrieb oder Dienste sich ereignenden Unfälle versichert werden können**

a. im Betriebe beschäftigte, aber nach § 1 nicht versicherte Personen durch den Betriebsunternehmer;

b) nicht im Betriebe beschäftigte, aber die Betriebsstätte besuchende oder auf derselben verkehrende Personen durch den Betriebsunternehmer oder den Vorstand der Berufsgenossenschaft;

c) Organe und Beamte der Berufsgenossenschaft durch deren Vorstand.

#### **Unternehmer.**

**§ 5. Als Unternehmer im Sinne dieses Gesetzes gilt**

1. bei Bauarbeiten, welche in einem gewerbmässigen Baubetriebe ausgeführt werden, der Baugewerbetreibende, für dessen Rechnung dieser Betrieb erfolgt;

2. bei anderen Bauarbeiten derjenige, für dessen Rechnung sie ausgeführt werden.

#### **Träger der Versicherung.**

**§ 6. Die Versicherung erfolgt:**

1. bei der gewerbmässigen Ausführung von Eisenbahn-, Canal-, Wege-, Strom-, Schiff- und anderen Bauarbeiten, welche nicht unter die Bestimmungen des Gewerbe-Unfallversicherungsgesetzes oder unter die nach § 1 Absatz 1 Ziffer 2 a. a. O. vom Bundesrath erlassenen Anordnungen fallen, unbeschadet der Bestimmungen in den Artikeln 2 und 3, auf Gegenseitigkeit durch die Unternehmer. Die letzteren werden zu diesem Zwecke in eine Berufsgenossenschaft vereinigt (§§ 12 bis 17);

2. bei Bauarbeiten, welche von dem Reiche oder von einem Bundesstaat als Unternehmer (§ 5) ausgeführt werden und nicht zu den Bauten der im § 128 Absatz 1 des Gewerbe-Unfallversicherungsgesetzes aufgeführten Reichs- und Staatsverwaltungen gehören, vorbehaltlich der Bestimmung des § 8 Absatz 1, auf Kosten des Reichs oder des Staates durch das Reich beziehungsweise den Staat, für dessen Rechnung die Bauarbeit erfolgt, durch Ausführungsbehörden (§§ 42, 43);

3. bei Bauarbeiten, welche in anderen als Eisenbahnbetrieben von einem Communalverband oder einer anderen öffentlichen Corporation als Unternehmer (§ 5) ausgeführt werden, vorbehaltlich der Bestimmung des § 8 Absatz 2, auf Kosten dieses Communalverbandes oder dieser Corporation, sofern die Landes-Centralbehörde auf deren Antrag erklärt, dass der Verband oder die Corporation zur Uebernahme der durch die Versicherung entstehenden Lasten für leistungsfähig zu erachten ist, durch Ausführungsbehörden (§§ 42, 43).

Die Landes-Centralbehörden sind berechtigt, mehrere Communalverbände oder andere öffentliche Corporationen zum Zwecke der gemeinsamen Durchführung der Unfallversicherung bei den von ihnen als Unternehmern ausgeführten Bauarbeiten zu einem Verbandsverbande zu vereinigen.

Das Ausscheiden solcher Corporationen aus Berufsgenossenschaften darf nur am Schlusse des Rechnungsjahrs erfolgen;

4. bei Bauarbeiten, deren Ausführung entweder von anderen als den in Ziffer 2 und 3 bezeichneten Verbänden und Corporationen oder deren Ausführung nicht gewerbmässig erfolgt, auf Kosten der Unternehmer (§ 5) beziehungsweise Gemeindeverbände durch die Berufsgenossenschaften der Baugewerbetreibenden (§§ 1, 6 Ziffer 1, §§ 12 ff. dieses Gesetzes, §§ 1, 28 ff. des Gewerbe-Unfallversicherungsgesetzes) nach näherer Bestimmung der §§ 18 ff. (Unfallversicherungsanstalten).

Bezüglich der Bauten, welche von Eisenbahnverwaltungen für eigene Rechnung ausgeführt werden, sowie bezüglich solcher Bauarbeiten, welche als Nebenbetriebe oder Theile eines andern Betriebs anderweit versicherungspflichtig sind, behält es bei den sonstigen Bestimmungen sein Bewenden.

§ 7. Unfälle in fremden Betrieben hat die Berufsgenossenschaft (§ 6 Absatz 1 Ziffer 1) dann zu entschädigen, wenn sie sich bei Betriebshandlungen ereignen, zu welchen ein der Genossenschaft angehörender Unternehmer den Auftrag gegeben und für welche er die Löhne zu zahlen hat.

§ 8. Das Reich und die Bundesstaaten sind berechtigt, bezüglich aller oder einzelner Arten der unter § 6 Ziffer 2 fallenden, von ihnen als Unternehmer ausgeführten Bauarbeiten derjenigen Berufsgenossenschaft, welche in dem betreffenden Bezirke für die Gewerbetreibenden der betreffenden Art errichtet ist, durch eine von dem Reichskanzler beziehungsweise der Landes-Centralbehörde abzugebende entsprechende Erklärung als Mitglied beizutreten.

Dieselbe Berechtigung (Absatz 1) steht den Communalverbänden und anderen öffentlichen Corporationen zu. Die Erklärung ist von ihrem Vorstand abzugeben.

Jahresarbeitsverdienst, Gegenstand der Versicherung, Umfang der Entschädigung, Verhältniss zu Krankenkassen etc.

§ 9. Die Ermittlung des Jahresarbeitsverdienstes, der Gegenstand der Versicherung, der Umfang der Entschädigung und das Verhältniss der Unfallversicherung zu den eingeschriebenen Hilfskassen, zu den sonstigen Kranken-, Sterbe-, Invaliden- und anderen Unterstützungskassen, zu den Leistungen der zur Unterstützung hilflosbedürftiger Personen verpflichteten Gemeinden oder Armenverbände sowie der Unternehmer und Kassen, welche die den Gemeinden und Armenverbänden obliegende

gewähren, sofern nicht der verletzte Arbeiter sich im Ausland aufhält oder der Krankenversicherung oder anderer Rechtsverhältnisse Anspruch aufstens gleiche Fürsorge hat. Soweit solchen Personen diese Leistungen von hst Verpflichteten nicht gewährt werden, hat die Gemeinde dieselben zu en. Die zu diesem Zwecke gemachten Aufwendungen sind von den Ver- zu ersetzen.

ausserhalb des Gemeindebezirkes wohnhafte versicherte Personen hat auf der verpflichteten Gemeinde die Gemeinde ihres Wohnorts die im Absatz 2 en Leistungen, vorbehaltlich des Kostenersatzes, zu übernehmen.

Ersatz der Kosten gilt die Hälfte des nach dem Krankenversicherungsgesetze enden Mindestbetrags des Krankengeldes, sofern nicht höhere Aufwendungen sen werden.

weitere Communalverband ist befugt, statutarische Anordnungen zu ersch welchen den Gemeinden die ihnen durch Absatz 2 auferlegten Kosten erfahrens aus Mitteln des weiteren Kommunalverbandes zu ersetzen sind.

Versicherungsanstalt (§ 18) ist befugt, die im Absatz 2 bezeichneten n selbst zu übernehmen.

Streitigkeit über Unterstützungsansprüche, welche aus der Bestimmung zwischen den Verletzten einerseits und den Gemeinden andererseits ent- erden von der Aufsichtsbehörde entschieden. Die Entscheidung ist vorläufig bar. Dieselbe kann innerhalb eines Monats im Verwaltungsstreitverfahren, lches nicht besteht, im Wege des Recurses nach Maassgabe der Vorschriften , 21 der Gewerbeordnung angefochten werden.

itigkeiten über Ersatzansprüche, welche aus den Bestimmungen des § 10

werden im Verwaltungsstreitverfahren, wo ein solches nicht besteht, von chtsbehörde der in Anspruch genommenen Gemeinde, Gemeinde-Kranken- ng oder Krankenkasse entschieden. Gegen die Entscheidung der letzteren : Recurs nach Maassgabe der Vorschriften der § 20, 21 der Gewerbe- statt.

Landes-Centralbehörde bleibt überlassen, vorzuschreiben, dass anstatt des

## IV. Feststellung und Auszahlung der Entschädigungen.

## Untersuchung. Entschädigung.

§ 37. Auf die Anzeige und Untersuchung der Unfälle, auf die Feststellung, Auszahlung und Pfändung der Entschädigungen sowie auf die Liquidationen der Postverwaltungen finden die Bestimmungen der §§ 63 bis 98 des Gewerbe-Unfallversicherungsgesetzes entsprechende Anwendung.

Die Verpflichtung zur Einreichung von Lohn- und Gehaltsnachweisungen (§ 74 a. a. O.) erstreckt sich auch auf Unternehmer, welche nicht Mitglieder der Berufsgenossenschaft sind.

## Erstattung der Vorschüsse.

§ 38. Der Genossenschaftsvorstand stellt fest, welcher Theil der von der Central-Postbehörden liquidirten Beträge der Berufsgenossenschaft, und welcher Theil der Versicherungsanstalt zur Last fällt.

Der erstere Theil ist aus den verfügbaren Mitteln der Berufsgenossenschaft zu entnehmen. Gleichzeitig ist nach den Bestimmungen des § 13 der Capitalwerth der im vergangenen Rechnungsjahre neu entstandenen, der Berufsgenossenschaft erwachsenen Lasten zu berechnen und unter Berücksichtigung der auf Grund der §§ 50, 51 des Gewerbe-Unfallversicherungsgesetzes etwa vorliegenden besonderen Verpflichtungen oder Berechtigungen nach dem festgestellten Vertheilungsmaassstab und unter Verrechnung der erhobenen Vorschüsse (§ 13) von den Mitgliedern einzuziehen. Im Uebrigen finden die Bestimmungen des § 99 Absatz 2 bis 4 sowie der §§ 100 bis 106 a. a. O. Anwendung.

Der der Versicherungsanstalt zur Last fallende Theil ist, soweit er durch Unfälle verursacht ist, die sich bei Bauarbeiten der im § 23 lit. a bezeichneten Art ereignet haben, aus den verfügbaren Beständen an Prämien zu entnehmen. Soweit der Betrag aber durch Unfälle verursacht ist, die sich bei Bauarbeiten der im § 23 lit. b bezeichneten Art ereignet haben, ist derselbe nach dem im § 32 festgesetzten Maassstab auf die im Bezirke der Berufsgenossenschaft belegenen Gemeinden, weiteren Communalverbände oder Vereinigungen von Gemeinden, welche an die Stelle der Gemeinden gesetzt sind, umzulegen und von ihnen einzuziehen. Denselben ist zu diesem Zweck ein Auszug aus der aufzustellenden Heberolle mit der Aufforderung zuzustellen, den festgesetzten Betrag bei Vermeidung der zwangsweisen Beitreibung binnen zwei Wochen einzuzahlen. Der Auszug muss diejenigen Angaben enthalten, welche die Gemeinden etc. in den Stand setzen, die Richtigkeit der angestellten Beitragsberechnung zu prüfen. Den Gemeinden etc. stehen gegen die Feststellung ihrer Beiträge, unbeschadet der Verpflichtung zur sofortigen Zahlung, die im § 102 des Gewerbe-Unfallversicherungsgesetzes angegebenen Rechtsmittel zu; die Beschwerde ist jedoch nur zulässig, wenn sich dieselbe entweder auf Rechenfehler oder auf Irrthümer bei Ansatz der Bevölkerungsziffer gründet.

§ 39. Die Bestimmungen der §§ 103 bis 106 des Gewerbe-Unfallversicherungsgesetzes über die Einziehung, Verjährung und Abführung der Beiträge sowie der §§ 107 bis 111 a. a. O. über die Vermögensverwaltung finden, und zwar auch auf Prämienbeträge, entsprechende Anwendung.

## V. Unfallverhütung. Beaufsichtigung.

§ 40 handelt von der Unfallverhütung und Ueberwachung durch die Genossenschaft.

§ 41 handelt von dem Reichs-Versicherungsamt und den Landes-Versicherungsämtern.

§§ 42—43 handeln von den Bauarbeiten für Rechnung des Reichs, der Bundesstaaten, von Communalverbänden und Corporationen.

§ 44 handelt von der Erstreckung auf andere Gesetze über Unfallversicherung.

§ 45—48 handeln von der Haftpflicht etc., den Strafbestimmungen und Zulagen.

Die höchstgerichtlichen Entscheidungen auf dem Gebiete der staatlichen Unfallversicherung können mit Rücksicht auf den beschränkten Raum nicht berücksichtigt werden.

### 3. Invalidenversicherung.

- a) Reichsgesetz vom 22. Juni 1889 in der Fassung vom 19. Juli 1899:

#### Invalidenversicherungsgesetz.

(Die eingeklammerten Zahlen bedeuten die Zahlen der Paragraphen in der alten Fassung des Gesetzes.)

Umfang und Gegenstand der Versicherung.

Versicherungspflicht.

§ 1 (1). Nach Maassgabe der Bestimmungen dieses Gesetzes werden vom vollendeten sechzehnten Lebensjahr ab versichert:

1. Personen, welche als Arbeiter, Gehülfen, Gesellen, Lehrlinge oder Dienstboten gegen Lohn oder Gehalt beschäftigt werden.

2. Betriebsbeamte, Werkmeister und Techniker, Handlungsgehülfen und -Lehrge (ausschliesslich der in Apotheken beschäftigten Gehülfen und Lehrlinge), ständige Angestellte, deren dienstliche Beschäftigung ihren Hauptberuf bildet, sowie Lehrer und Erzieher, sämmtlich, sofern sie Lohn oder Gehalt beziehen, ihr regelmässiger Jahresarbeitsverdienst aber zweitausend Mark nicht übersteigt (4), sowie

3. die gegen Lohn oder Gehalt beschäftigten Personen der Schiffsbesatzung deutscher Seefahrzeuge (§ 2 des Gesetzes vom 13. Juli 1887, Reichs-Gesetzbl., S. 329) und von Fahrzeugen der Binnenschifffahrt, Schiffsführer jedoch nur dann, wenn ihr regelmässiger Jahresarbeitsverdienst an Lohn oder Gehalt zweitausend Mark nicht übersteigt. Die Führung der Reichsflagge auf Grund der gemäss Artikel II § 7 Absatz 1 des Gesetzes vom 15. März 1888 (Reichs-Gesetzbl., S. 71) erteilten Ermächtigung macht das Schiff nicht zu einem deutschen Seefahrzeug im Sinne dieses Gesetzes.

§ 2 (2). Durch Beschluss des Bundesraths kann die Vorschrift des § 1 für bestimmte Berufszweige allgemein oder mit Beschränkung auf gewisse Bezirke auch

1. auf Gewerbetreibende und sonstige Betriebsunternehmer, welche nicht regelmässig wenigstens einen Lohnarbeiter beschäftigen, sowie

2. ohne Rücksicht auf die Zahl der von ihnen beschäftigten Lohnarbeiter auf solche selbständige Gewerbetreibende, welche in eigenen Betriebsstätten im Auftrage und für Rechnung anderer Gewerbetreibenden mit der Herstellung oder Bearbeitung gewerblicher Erzeugnisse beschäftigt werden (Hausgewerbetreibende), erstreckt werden, und zwar auf letztere auch dann, wenn sie die Roh- und Hilfsstoffe selbst beschaffen, und auch für die Zeit, während welcher sie vorübergehend in eigene Rechnung arbeiten.

Durch Beschluss des Bundesraths kann bestimmt werden:

1. dass und inwieweit Gewerbetreibende, in deren Auftrag und für deren Rechnung von Hausgewerbetreibenden (Absatz 1 Ziffer 2) gearbeitet wird, gehalten sein

sollen, rücksichtlich der Hausgewerbetreibenden und ihrer Gehülfen, Gesell Lehrlinge die in diesem Gesetze den Arbeitgebern auferlegten Verpflichtungen erfüllen,

2. dass und inwieweit Gewerbetreibende, in deren Auftrage Zwischenp (Ausgeber, Factoren, Zwischenmeister etc.) gewerbliche Erzeugnisse herstellen bearbeiten lassen, gehalten sein sollen, rücksichtlich der von den Zwischenp hierbei beschäftigten Hausgewerbetreibenden (Absatz 1 Ziffer 2) und deren Gesellen und Lehrlinge die in diesem Gesetze den Arbeitgebern auferlegten Verpflichtungen zu erfüllen.

§ 3 (3, Absatz 1 und 2). Als Lohn oder Gehalt gelten auch Tantiem Naturalbezüge. Für dieselben wird der Durchschnittswerth in Ansatz gebracht. Dieser Werth wird von der unteren Verwaltungsbehörde festgesetzt.

Eine Beschäftigung, für welche als Entgelt nur freier Unterhalt gewährt wird, gilt im Sinne dieses Gesetzes nicht als eine die Versicherungspflicht begründende Beschäftigung.

§ 4 (3, Absatz 3). Durch Beschluss des Bundesraths wird bestimmt, in vorübergehende Dienstleistungen als versicherungspflichtige Beschäftigung in dieses Gesetzes nicht anzusehen sind.

Der Bundesrath ist befugt, zu bestimmen, dass Ausländer, welchen der Aufenthalt im Inlande nur für eine bestimmte Dauer behördlich gestattet ist und die nach Ablauf dieser Zeit in das Ausland zurückkehren müssen, der Versicherung nicht unterliegen. Sofern eine solche Bestimmung getroffen wird, haben Arbeitgeber, welche solche Ausländer beschäftigen, nach näherer Bestimmung des Reichsversicherungsamts denjenigen Betrag an die Versicherungsanstalt zu zahlen, den die Versicherung der Ausländer aus eigenen Mitteln würden entrichten müssen (Absatz 3), wenn deren Versicherungspflicht bestände.

§ 5 (4, Absatz 1 und 2). Beamte des Reichs, der Bundesstaaten und der kommunalverwaltungen sowie Lehrer und Erzieher an öffentlichen Schulen oder Anstalten unterliegen der Versicherungspflicht nicht, solange sie lediglich zur Ausbildung ihren zukünftigen Beruf beschäftigt werden oder sofern ihnen eine Anwartschaft Pension im Mindestbetrage der Invalidenrente nach den Sätzen der ersten Lohnklasse gewährleistet ist.

Beamte der Versicherungsanstalten und zugelassenen besonderen Kasseneinrichtungen unterliegen der Versicherungspflicht nicht, sofern ihnen eine Anwartschaft Pension in der im Absatz 1 bezeichneten Höhe gewährleistet ist.

Der Versicherungspflicht unterliegen ferner nicht Personen, welche Untergeld gegen Entgelt ertheilen, sofern dies während ihrer wissenschaftlichen Ausbildung ihren zukünftigen Lebensberuf geschieht, Personen des Soldatenstandes, die dienstlich als Arbeiter beschäftigt werden, sowie Personen, welchen auf Grund reichsgesetzlichen Bestimmungen eine Invalidenrente bewilligt ist.

Der Versicherungspflicht unterliegen endlich nicht diejenigen Personen, deren Erwerbsfähigkeit in Folge von Alter, Krankheit oder anderen Gebrechen dauernd weniger als ein Drittel herabgesetzt ist. Dies ist dann anzunehmen, wenn sie nicht mehr im Stande sind, durch eine ihren Kräften und Fähigkeiten entsprechende Thätigkeit, die ihnen unter billiger Berücksichtigung ihrer Ausbildung und ihrer bisherigen Berufs zugemuthet werden kann, ein Drittel desjenigen zu erwerben, den körperlich und geistig gesunde Personen derselben Art mit ähnlicher Ausbildung derselben Gegend durch Arbeit zu verdienen pflegen.

§ 6 (4, Absatz 3). Auf ihren Antrag sind von der Versicherungspflicht freigegeben Personen, welchen vom Reiche, von einem Bundesstaat, einem Commun-

orgesetzte Behörde zulässig, welche endgültig entscheidet. Bei Zurücknahme tritt die Versicherungspflicht wieder in Kraft.

der gleichen Weise sind auf ihren Antrag von der Versicherungspflicht zu Personen, welche Lohnarbeit im Laufe eines Kalenderjahres nur in bestimmten Jahreszeiten für nicht mehr als zwölf Wochen oder überhaupt für nicht mehr als 120 Tage übernehmen, im Uebrigen aber ihren Lebensunterhalt als Betriebsrath oder anderweit selbstständig erwerben, oder ohne Lohn oder Gehalt, solange für dieselben nicht bereits einhundert Wochen lang Beträge entnommen sind. Der Bundesrath ist befugt, hierüber nähere Bestimmungen zu

7 (7). Durch Beschluss des Bundesraths kann auf Antrag bestimmt werden, inwieweit die Bestimmungen des § 5 Absatz 1—3 und des § 6 Absatz 1 auf welche von anderen öffentlichen Verbänden oder von Körperschaften angeordnet, sowie auf Lehrer und Erzieher an nicht öffentlichen Schulen oder Anstalten diesen Personen eine Anwartschaft auf Pension im Mindestbetrage der Invalidenrente nach den Sätzen der ersten Lohnklasse gewährleistet ist, und auf Pensionen finden sollen, welchen auf Grund früherer Anstellung bei solchen Körperschaften, Schulen oder Anstalten Pensionen, Wartegelder oder Bezüge in dem genannten Mindestbetrage der Invalidenrente bewilligt sind.

#### Besondere Kasseneinrichtungen.

8 (5). Versicherungspflichtige Personen, welche in Betrieben des Reichs, Landesstaats oder eines Communalverbandes beschäftigt werden, genügen der Versicherungspflicht durch Theilnahme an einer für den betreffenden Betrieb bestehenden oder zu errichtenden besonderen Kasseneinrichtung, durch welche die den reichsgesetzlich vorgesehenen Leistungen gleichwerthige Fürsorge bewirkt ist, sofern bei der betreffenden Kasseneinrichtung folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

Die Beiträge der Versicherten dürfen, soweit sie für die Invalidenversicherung bestimmt sind, die Höhe des reichsgesetzlichen Anspruchs entrichtet werden, die Hälfte des für die Invaliden nach § 32 zu erhebenden Beitrags nicht übersteigen. Diese Bestimmung findet keine Anwendung, sofern in der betreffenden Kasseneinrichtung die Beiträge



einrichtungnn beteiligten Personen, soweit es sich um das Maass des reichsgesetzlichen Anspruchs handelt, unbeschadet der Bestimmung des § 46 die bei Versicherungsanstalten (§ 65) zurückgelegte Beitragszeit in Anrechnung zu bringen.

4. Ueber den Anspruch der einzelnen Beteiligten auf Gewährung von Invaliden- und Altersrente muss ein schiedsgerichtliches Verfahren unter Mitwirkung von Vertretern der Versicherten zugelassen sein.

5. Wenn für die Gewährung der reichsgesetzlichen Leistungen besondere Beiträge von den Versicherten erhoben werden oder eine Erhöhung der Beiträge derselben eingetreten ist oder eintritt, so dürfen die reichsgesetzlichen Renten auf die sonstigen Kassenleistungen nur insoweit angerechnet werden, dass der zur Auszahlung gelangende Theil der letzteren für die einzelnen Mitgliederklassen im Durchschnitt mindestens den Reichszuschuss erreicht.

Der Bundesrath bestimmt auf Antrag der zuständigen Reichs-, Staats- oder Communalbehörde, welche Kasseneinrichtungen (Pensions-, Alters-, Invalidenkassen) den vorstehenden Anforderungen entsprechen. Den vom Bundesrath anerkannten Kasseneinrichtungen dieser Art wird zu den von ihnen zu leistenden Invaliden- und Altersrenten der Reichszuschuss (§ 35) gewährt, sofern ein Anspruch auf solche Renten auch nach den reichsgesetzlichen Bestimmungen bestehen würde.

§ 9 (6). Vom 1. Januar 1891 ab wird die Beteiligung bei solchen vom Bundesrath zugelassenen Kasseneinrichtungen der Versicherung in einer Versicherungsanstalt gleich geachtet.

Wenn bei einer solchen Kasseneinrichtung die Beiträge nicht in der nach §§ 130 ff. vorgeschriebenen Form erhoben werden, hat der Vorstand der Kasseneinrichtung den aus der letzteren ausscheidenden Personen die Dauer ihrer Beteiligung und für diesen Zeitraum die Höhe des bezogenen Lohnes, die Zugehörigkeit zu einer Krankenkasse, sowie die Dauer etwaiger Krankheiten (§ 30) zu bescheinigen. Der Bundesrath ist befugt, über Form und Inhalt der Bescheinigung Vorschriften zu erlassen.

§ 10 (7). Durch Beschluss des Bundesraths kann auf Antrag bestimmt werden, dass die Bestimmungen der §§ 8, 9 auf Mitglieder anderer Kasseneinrichtungen, welche die Fürsorge für den Fall der Invalidität und des Alters zum Gegenstande haben, Anwendung finden sollen.

§ 11. Durch Beschluss des Bundesraths kann der auf Grund des Gesetzes vom 13. Juli 1887 (Reichs-Gesetzbl., S. 329) errichteten See-Berufsgenossenschaft gestattet werden, unter ihrer Haftung eine besondere Einrichtung zu dem Zwecke zu begründen, die Invalidenversicherung nach Maassgabe dieses Gesetzes für diejenigen Personen zu übernehmen, welche in den zur Genossenschaft gehörenden Betrieben oder einzelnen Arten dieser Betriebe beschäftigt werden, sowie für diejenigen Unternehmer, welche gleichzeitig der Unfallversicherung und der Invalidenversicherung unterliegen. Eine solche Einrichtung darf jedoch nur gestattet werden, wenn für die Hinterbliebenen der darin versicherten Personen von der Genossenschaft zugleich eine Wittwen- und Waisenversorgung begründet wird. Werden solche Einrichtungen getroffen, so sind in denselben diejenigen Personen, für welche sie bestimmt sind, kraft Gesetzes versichert.

Werden die Versicherten zu Beiträgen herangezogen, so sind dieselben in gleicher Weise wie die Arbeitgeber bei der Verwaltung zu beteiligen.

Der Theil der Beiträge, welcher auf die Arbeitgeber entfällt, darf im Durchschnitt nicht niedriger sein als die Hälfte der Beiträge, welche auf Grund dieses Gesetzes (§ 32) zu zahlen sind. Die Beiträge der Versicherten dürfen nicht höher sein als die der Arbeitgeber.

Werden die Beiträge der Versicherten abgestuft, so sind auch die Renten für Interbliebenen im gleichen Verhältniss abzustufen.

Die Wartezeit darf weder für die Invalidenversicherung, noch für die Wittwen-Waisenversorgung höher bemessen werden, als im § 29 vorgesehen ist.

Den Versicherten muss, wenn sie zeitweilig auf ausländischen Schiffen Beschäftigung nehmen, ihre Familien aber in Deutschland verbleiben, oder wenn sie aus andern Gründen aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung ausscheiden, die Invalidenversicherung gemäss den Bestimmungen dieses Gesetzes nicht nur hinsichtlich Invalidenversicherung, sondern auch in Bezug auf die Wittwen- und Waisenversorgung gestattet sein.

§ 12. Auf die im § 11 bezeichneten Einrichtungen finden die Bestimmungen §§ 8, 9 entsprechende Anwendung; sie unterliegen der Beaufsichtigung durch Reichs-Versicherungsamt nach Maassgabe der §§ 108—110 dieses Gesetzes.

Die für die Unfallversicherung errichteten Schiedsgerichte sind auch für die der See-Berufsgenossenschaft übernommene Invalidenversicherung, sowie für die ihr eingerichtete Wittwen- und Waisenversorgung zuständig.

§ 13. Beschlüsse der Genossenschaft, durch welche die im § 11 bezeichneten Einrichtungen getroffen werden, die hierfür erlassenen Statuten und deren Abänderungen bedürfen der Genehmigung des Bundesraths. Der Bundesrath beschliesst, nachdem zuvor die im § 91 des Gesetzes vom 13. Juli 1887 bezeichneten, für die Versicherten berufenen Boissitzer der Schiedsgerichte gehört worden sind.

Der Bundesrath bestimmt den Zeitpunkt, mit welchem die Einrichtung in Wirklichkeit tritt.

#### Freiwillige Versicherung.

§ 14. (8, 117 Absatz 1.) Folgende Personen sind befugt, freiwillig in die Versicherung einzutreten, so lange sie das vierzigste Lebensjahr nicht vollendet haben (Selbstversicherung):

1. Betriebsbeamte, Werkmeister, Techniker, Handlungsgehilfen und sonstige Angestellte, deren dienstliche Beschäftigung ihren Hauptberuf bildet, ferner Lehrer und Erzieher, sowie Schiffsführer, sämmtlich sofern ihr regelmässiger Jahresarbeitsverdienst an Lohn oder Gehalt mehr als zweitausend Mark, aber nicht über dreitausend Mark beträgt;

2. Gewerbetreibende und sonstige Betriebsunternehmer, welche nicht regelmässig mehr als zwei versicherungspflichtige Lohnarbeiter beschäftigen, sowie Hausgewerbetreibende, sämmtlich soweit nicht durch Beschluss des Bundesraths (§ 2 Absatz 1) die Versicherungspflicht auf sie erstreckt worden ist;

3. Personen, welche auf Grund des § 3 Absatz 2 und § 4 Absatz 1 der Versicherungspflicht nicht unterliegen.

Diese Personen sind ferner berechtigt, beim Ausscheiden aus dem die Berechtigung zur Selbstversicherung begründenden Verhältnisse die Selbstversicherung fortzusetzen und nach den Bestimmungen des § 46 zu erneuern.

Personen, welche aus einem die Versicherungspflicht begründenden Verhältnisse ausscheiden, sind befugt, die Versicherung freiwillig fortzusetzen oder zu erneuern (Weiterversicherung).

Die in Betrieben, für welche eine besondere Kasseneinrichtung (§§ 8, 10, 11) errichtet ist, beschäftigten Personen der im Absatz 1 Ziffer 1—3 bezeichneten Art ist nicht, sich bei der Kasseneinrichtung freiwillig zu versichern (Absatz 1). In solchen Betrieben beschäftigten versicherungspflichtigen Personen sind ferner im Ausscheiden aus dem die Versicherungspflicht begründenden Arbeits- oder

Rente für den Fall der Erwerbsunfähigkeit oder des Alters.

Invalidenrente erhält ohne Rücksicht auf das Lebensalter derjenige welcher im Sinne des § 5 Absatz 4 dauernd erwerbsunfähig ist. Eine Unfall herbeigeführte Erwerbsunfähigkeit begründet unbeschadet der Vor § 113 den Anspruch auf Invalidenrente nur insoweit, als die zu gewährte Invalidenrente die gewährte Unfallrente übersteigt.

Altersrente erhält ohne Rücksicht auf das Vorhandensein von Erwerbsfähigkeit derjenige Versicherte, welcher das siebenzigste Lebensjahr vollendet hat.

§ 16 (10). Invalidenrente erhält auch derjenige nicht dauernd erwerbsunfähige Versicherte, welcher während sechsundzwanzig Wochen ununterbrochen erwerbsunfähig gewesen ist, für die weitere Dauer seiner Erwerbsunfähigkeit.

§ 17 (11). Dem Versicherten steht ein Anspruch auf Invalidenrente zu, wenn er die Erwerbsunfähigkeit vorsätzlich herbeigeführt hat. Die Invalidenrente kann ganz oder theilweise versagt werden, wenn der Versicherte die Erwerbsunfähigkeit bei Begehung eines durch strafgerichtliches Urtheil festgestellten vorsätzlichen Vergehens sich zugezogen hat. In Fällen dieser Art kann die Rente, sofern der Versicherte eine im Inlande wohnende Familie hat, deren Unterhalt er bisher aus seinem Arbeitsverdienste bestritten hat, ganz oder theilweise der Familie überwiesen werden.

§ 18 (12 Absatz 1). Ist ein Versicherter dergestalt erkrankt, dass er die Krankheit Erwerbsunfähigkeit zu besorgen ist, welche einen Anspruch auf gesetzliche Invalidenrente begründet, so ist die Versicherungsanstalt befugt, die Anwendung dieses Nachtheils ein Heilverfahren in dem ihr geeignet erscheint einzutreten zu lassen.

Die Versicherungsanstalt kann das Heilverfahren durch Unterbringung des Kranken in einem Krankenhaus oder in einer Anstalt für Genesende oder durch Verheirathung des Erkrankten, oder hat er eine eigene Haushaltung oder ist der Haushaltung seiner Familie, so bedarf es hierzu seiner Zustimmung.

Lässt die Versicherungsanstalt ein Heilverfahren eintreten, so geschehen die Kosten der Heilbehandlung der Kranken, welche der reichs- oder landesgesetzlichen Krankenfürsorge unterliegen, vom Beginne dieses Heilverfahrens an bis zu dessen Beendigung die Versicherungskasse gegen den Versicherten auf die Versicherungsanstalt über.

**Dauer der Krankenunterstützung** maassgebend gewesenem Krankengeldes, im übrigen in Viertel des für den Ort seiner letzten Beschäftigung oder seines letzten Aufenthalts maassgebenden ortsüblichen Tagelohns gewöhnlicher Tagearbeiter. Wenn der Versicherte Invalidenrente erhält, kann dieselbe auf die Angehörigenunterstützung gerechnet werden.

§ 19 (12 Absatz 2). Die Versicherungsanstalt, welche ein Heilverfahren einleitet, ist befugt, die Fürsorge für den Erkrankten der Krankenkasse, welcher angehört oder zuletzt angehört hat, in demjenigen Umfange zu übertragen, welchen die Versicherungsanstalt für geboten erachtet. Werden dadurch der Kasse Lasten aufgelegt, welche über den Umfang der von ihr gesetzlich oder statutarisch zu leistenden Fürsorge hinausgehen, so hat die Versicherungsanstalt die entstehenden Kosten zu ersetzen. Besteht eine Fürsorgepflicht der Krankenkasse nicht mehr, so ist ihr von der Versicherungsanstalt bei Gewährung der im § 6 Absatz 1 Ziffer 1 Krankenversicherungsgesetzes bezeichneten Leistungen das halbe, bei Unterbringung des Versicherten in ein Krankenhaus oder in eine Anstalt für Genesende das eineinhalbfache Krankengeld zu ersetzen, sofern nicht höhere Aufwendungen nachgewiesen werden.

§ 20. Als Krankenkassen im Sinne der Bestimmungen in den §§ 18, 19 gelten auch diejenigen Hilfskassen, welche die im § 75a des Krankenversicherungsgesetzes vorgesehene amtliche Bescheinigung besitzen.

§ 21. Ist die Krankheit, wegen deren das Heilverfahren eingeleitet wurde, aufhört, nach den Reichsgesetzen über Unfallversicherung zu entschädigenden Unfall zurückzuführen und ist durch das Heilverfahren der Eintritt der Erwerbsunfähigkeit (§ 15, 16) verhindert und zugleich eine Entlastung des entschädigungspflichtigen Trägers der Unfallversicherung herbeigeführt worden, indem die Unfallentschädigung ganz oder zum Theil nicht zu bewilligen war oder in Wegfall gekommen ist, so hat die Versicherungsanstalt gegen diesen Träger Anspruch auf Ersatz der Kosten des Heilverfahrens in dem in § 19 Satz 3 vorgesehenen Umfange. Ein Ersatz für Kosten des Heilverfahrens, welche vor dem Beginne der vierzehnten Woche nach dem Unfall entstanden sind, kann nicht beansprucht werden.

Für die Ansprüche des Versicherten an den Träger der Unfallversicherung ist die Übernahme des Heilverfahrens durch die Versicherungsanstalt der Übernahme durch den Träger der Unfallversicherung gleich zu achten.

§ 22 (12 Absatz 3). Wird der Versicherte infolge der Krankheit erwerbsunfähig, so kann ihm, falls er sich den gemäss §§ 18, 19 von der Versicherungsanstalt getroffenen Massnahmen ohne gesetzlichen oder sonst triftigen Grund entzogen hat, die Invalidenrente auf Zeit ganz oder theilweise versagt werden, sofern er auf diese Folgen hingewiesen worden ist und nachgewiesen wird, dass die Erwerbsunfähigkeit durch sein Verhalten veranlasst ist.

§ 23 (12 Absatz 4). Streitigkeiten, welche aus den Bestimmungen in den §§ 18 bis 21, 22 zwischen den Versicherungsanstalten und den Versicherten entstehen, werden, soweit sie nicht bei der Rentenfeststellung zum Austrage gelangen, von der Aufsichtsbehörde der Versicherungsanstalten entschieden.

Streitigkeiten, welche aus den Bestimmungen in den §§ 18 bis 20, 22 zwischen den Versicherungsanstalten und den Krankenkassen entstehen, werden, sofern es sich um die Geltendmachung der den Versicherungsanstalten eingeräumten Befugnisse handelt, von der Aufsichtsbehörde der beteiligten Krankenkasse, sofern es sich aber um Ersatzansprüche handelt, im Verwaltungsstreitverfahren, oder, wo ein solches nicht besteht, ebenfalls durch die Aufsichtsbehörde der beteiligten Krankenkasse

entschieden. Die Entscheidung dieser Aufsichtsbehörde ist im ersteren Falle endgültig; im letzteren Falle kann sie innerhalb eines Monats nach der Zustellung ins Wege des Recurses nach Maassgabe der §§ 20, 21 der Gewerbeordnung angefochten werden.

Streitigkeiten über Ersatzansprüche in den Fällen des § 21 Absatz 1 werden durch das Reichs-Versicherungsamt entschieden.

§ 24 (13). Durch statutarische Bestimmung einer Gemeinde für ihren Bezirk oder eines weiteren Communalverbandes für seinen Bezirk oder Theile desselben kann, sofern daselbst nach Herkommen der Lohn der in land- oder forstwirthschaftlichen Betrieben beschäftigten Arbeiter ganz oder zum Theil in Form von Naturalleistungen gewährt wird, bestimmt werden, dass denjenigen in diesem Bezirke wohnenden Rentenempfängern, welche innerhalb desselben als Arbeiter in land- und forstwirthschaftlichen Betrieben ihren Lohn oder Gehalt ganz oder zum Theil in Form von Naturalleistungen bezogen haben, auch die Rente bis zu zwei Dritteln ihres Betrags in dieser Form gewährt wird. Der Werth der Naturalleistungen wird nach Durchschnittspreisen in Ansatz gebracht. Dieselben werden von der höheren Verwaltungsbehörde festgesetzt. Die statutarische Bestimmung bedarf der Genehmigung der höheren Verwaltungsbehörde.

Solchen Personen, welchen wegen gewohnheitsmässiger Trunksucht nach Anordnung der zuständigen Behörde geistige Getränke in öffentlichen Schankstätten nicht verabfolgt werden dürfen, ist die Rente in derjenigen Gemeinde, für deren Bezirk eine solche Anordnung getroffen worden ist, auch ohne dass die Voraussetzungen des Absatz 1 vorliegen, ihrem vollen Betrage nach in Naturalleistungen zu gewähren.

Der Anspruch auf die Rente geht zu demjenigen Betrag, in welchem Naturalleistungen gewährt werden, auf den Communalverband, für dessen Bezirk eine solche Bestimmung getroffen ist, über, wogegen diesem die Leistung der Naturalien obliegt.

Dem Bezugsberechtigten, auf welchen vorstehende Bestimmungen Anwendung finden sollen, ist dies von dem Communalverbande mitzutheilen.

Der Bezugsberechtigte ist befugt, binnen zwei Wochen nach der Zustellung dieser Mittheilung die Entscheidung der Communalaufsichtsbehörde anzurufen. Auf demselben Wege werden alle übrigen Streitigkeiten entschieden, welche aus der Anwendung dieser Bestimmungen zwischen dem Bezugsberechtigten und dem Communalverband entstehen.

Sobald der Uebergang des Anspruchs auf Rente endgültig feststeht, hat auf Antrag des Communalverbandes der Vorstand der Versicherungsanstalt die Postverwaltung hiervon rechtzeitig in Kenntniss zu setzen.

§ 25. Auf Grund statutarischer Bestimmung der Versicherungsanstalt kann der Vorstand einem Rentenempfänger auf seinen Antrag an Stelle der Rente Aufnahme in ein Invalidenhaus oder in ähnliche von Dritten unterhaltene Anstalten auf Kosten der Versicherungsanstalt gewähren. Der Aufgenommene ist auf ein Vierteljahr und, wenn er die Erklärung nicht einen Monat vor Ablauf dieses Zeitraums zurücknimmt, jedesmal auf ein weiteres Vierteljahr an den Verzicht auf die Rente gebunden.

§ 26 (14). Ist der Berechtigte ein Ausländer, so kann er, falls er seinen Wohnsitz im Deutschen Reiche aufgibt, mit dem dreifachen Betrage der Jahresrente abgefunden werden. Durch Beschluss des Bundesraths kann diese Bestimmung für bestimmte Grenzgebiete oder für die Angehörigen solcher auswärtiger Staaten, durch deren Gesetzgebung deutschen Arbeitern eine entsprechende Fürsorge für den Fall der Erwerbsunfähigkeit oder des Alters gewährleistet ist, ausser Kraft gesetzt werden.

**Aufbringung der Mittel.**

§ 27 (19). Die Mittel zur Gewährung der in diesem Gesetze vorgesehenen Leistungen werden vom Reiche, von den Arbeitgebern und von den Versicherten aufgebracht.

Die Aufbringung der Mittel erfolgt seitens des Reichs durch Zuschüsse zu den jedem Jahre thatsächlich zu zahlenden Renten (§ 35), seitens der Arbeitgeber und Versicherten durch laufende Beiträge.

Die Beiträge entfallen auf den Arbeitgeber und den Versicherten zu gleichen Theilen (§§ 142, 144, 154) und sind für jede Beitragswoche (§ 30) zu entrichten.

**Voraussetzungen des Anspruchs.**

§ 28 (15). Zur Erlangung eines Anspruchs auf Invaliden- oder Altersrente ist, neben dem Nachweise der Erwerbsunfähigkeit, beziehungsweise des gesetzlich vorgesehenen Alters, erforderlich:

1. die Zurücklegung der vorgeschriebenen Wartezeit,
2. die Leistung von Beiträgen.

**Wartezeit.**

§ 29 (16). Die Wartezeit beträgt:

1. bei der Invalidenrente, wenn mindestens einhundert Beiträge auf Grund der Versicherungspflicht geleistet worden sind, zweihundert Beitragswochen, andernfalls einhundert Beitragswochen;

2. bei der Altersrente eintausendzweihundert Beitragswochen.

Die für die freiwillige Versicherung (§ 14) geleisteten Beiträge kommen auf die Wartezeit für die Invalidenrente nur dann zur Anrechnung, wenn mindestens einhundert Beiträge auf Grund eines die Versicherungspflicht oder die Berechtigung zur Selbstversicherung begründenden Verhältnisses geleistet worden sind.

Die Vorschrift des Absatz 2 findet keine Anwendung auf Beiträge, welche von den Versicherten innerhalb der ersten vier Jahre, nachdem die Versicherungspflicht in ihren Berufszweig in Kraft getreten ist, freiwillig geleistet worden sind.

**Beitragsleistung.**

§ 30 (17). Für jede Woche, in welcher der Versicherte in einem die Versicherungspflicht begründenden Arbeits- oder Dienstverhältnisse gestanden hat, ist ein Versicherungsbeitrag zu entrichten (Beitragswoche). Die Beitragswoche beginnt mit dem Montag einer jeden Kalenderwoche.

Als Beitragswochen werden, ohne dass Beiträge entrichtet zu werden brauchen, diejenigen vollen Wochen in Anrechnung gebracht, während deren Versicherte

1. behufs Erfüllung der Wehrpflicht in Friedens-, Mobilmachungs- oder Kriegszeiten zum Heere oder zur Marine eingezogen gewesen sind;

2. in Mobilmachungs- oder Kriegszeiten freiwillig militärische Dienstleistungen verrichtet haben;

3. wegen bescheinigter, mit zeitweiser Erwerbsunfähigkeit verbundener Krankheit an der Fortsetzung ihrer Berufsthätigkeit verhindert gewesen sind.

Diese Anrechnung erfolgt jedoch nur bei solchen Personen, welche vor den in Rede stehenden Zeiten berufsmässig eine die Versicherungspflicht begründende Beschäftigung nicht lediglich vorübergehend aufgenommen haben.

Die Dauer einer Krankheit ist nicht als Beitragszeit in Anrechnung zu bringen, wenn der Betheiligte sich die Krankheit vorsätzlich oder bei Begehung eines durch

strafergerichtliches Urtheil festgestellten Verbrechens, durch schuldhaftes Betheil bei Schlägereien oder Raufhändeln oder durch Trunkfälligkeit zugezogen hat.

Bei Krankheiten, welche ununterbrochen länger als ein Jahr währen, ist die über diesen Zeitraum hinausreichende Dauer der Krankheit als Beitragszeit in Anrechnung.

Die an eine Krankheit sich anschliessende Genesungszeit wird der Krankengleich geachtet. Dasselbe gilt von einem regelmässig verlaufenden Wochenbetts, die Dauer der dadurch veranlassten Erwerbsunfähigkeit, aber höchstens für Wochen, von der Entbindung an gerechnet.

§ 31 (18). Zum Nachweis einer Krankheit (§ 30) genügt die Bescheinigung des Vorstandes derjenigen Krankenkasse (§ 166), beziehungsweise derjenigen geschrieben oder auf Grund landesrechtlicher Vorschriften errichteten Hülfskassen, welcher der Versicherte angehört hat, für diejenige Zeit aber, welche über die Dauer der von den betreffenden Kassen zu gewährenden Krankenunterstützung hinaus sowie für diejenigen Personen, welche einer derartigen Kasse nicht angehört, die Bescheinigung der Gemeindebehörde. Die Kassenvorstände sind verpflichtet, diese Bescheinigungen den Versicherten sofort nach Beendigung der Krankenunterstützung oder der Fürsorge während der Genesungszeit von Amts wegen auszuweisen und können hierzu von der Aufsichtsbehörde durch Geldstrafe bis zu einhundert Mark angehalten werden.

Für die in Reichs- und Staatsbetrieben beschäftigten Personen können die stehend bezeichneten Bescheinigungen durch die vorgesetzte Dienstbehörde ausgestellt werden. Für diese Fälle ist die Krankenkasse durch die Aufsichtsbehörde zur Ausstellungspflicht zu entbinden.

Der Nachweis geleisteter Militärdienste erfolgt durch Vorlegung der Dienstpapiere.

§ 32 (20) handelt von der Höhe der Beiträge.

§ 33 von der Gemeinlast und Sonderlast.

#### Lohnklassen.

§ 34 (22). Nach der Höhe des Jahresarbeitsverdienstes werden für die Versicherten folgende Lohnklassen gebildet:

Klasse	I bis zu 350 Mark einschliesslich,
„	II von mehr als 350 bis zu 550 Mark,
„	III von mehr als 550 bis zu 850 „
„	IV von mehr als 850 bis zu 1150 „
„	V von mehr als 1150 Mark.

Für die Zugehörigkeit der Versicherten zu den Lohnklassen ist mit den aus den nachfolgenden Bestimmungen sich ergebenden Abweichungen nicht die Höhe des tatsächlichen Jahresarbeitsverdienstes, sondern ein Durchschnittsbetrag massgebend.

Im Einzelnen gilt als Jahresarbeitsverdienst:

1. für Mitglieder einer Orts-, Betriebs- (Fabrik-), Bau- oder Innungs-Krankenkasse der dreihundertfache Betrag des für ihre Krankenkassenbeiträge massgebenden durchschnittlichen Tagelohns, beziehungsweise wirklichen Arbeitsverdienstes (§ 26a Absatz 2, Ziffer 6 des Krankenversicherungsgesetzes);
2. für die in der Land- und Forstwirtschaft beschäftigten Personen, sowie für nicht einer unter Ziffer 1 bezeichneten Krankenkasse angehören, ein Betrag, den sie von der höheren Verwaltungsbehörde unter Berücksichtigung des § 3 als durchschnittlicher Jahresarbeitsverdienst festzusetzen ist; bei Betriebsbeamten wird je

der für jeden von ihnen nach § 3 des Gesetzes vom 5. Mai 1886 (Reichs-Gesetzbl. S. 132) maassgebende Jahresarbeitsverdienst zu Grunde gelegt:

3. für die auf Grund des Gesetzes vom 13. Juli 1887 (Reichs-Gesetzbl. S. 329) versicherten Seeleute und anderen bei der Seeschifffahrt beteiligten Personen der durchschnittsbetrag des Jahresarbeitsverdienstes, welcher gemäss §§ 6 und 7 a. a. (). im Reichskanzler, beziehungsweise von der höheren Verwaltungsbehörde festgesetzt worden ist;

4. für Mitglieder einer Knappschaftskasse der dreihundertfache Betrag des von den Kassenvorstände festzusetzenden durchschnittlichen täglichen Arbeitsverdienstes jenen Klasse von Arbeitern, welcher der Versicherte angehört, jedoch nicht höher als der dreihundertfache Betrag des ortsüblichen Tagelohns gewöhnlicher Tagelöhner des Beschäftigungsorts (§ 8 des Krankenversicherungsgesetzes);

5. im Uebrigen der dreihundertfache Betrag des ortsüblichen Tagelohns gewöhnlicher Tagelöhner des Beschäftigungsorts (§ 8 des Krankenversicherungsgesetzes), soweit nicht für einzelne Berufszweige von der höheren Verwaltungsbehörde anderer Jahresarbeitsverdienst festgesetzt wird.

Lehrer und Erzieher gehören, soweit nicht ein Jahresarbeitsverdienst von mehr 1150 Mark nachgewiesen wird, zur vierten Klasse.

Sofern im Voraus für Wochen, Monate, Vierteljahre oder Jahre eine feste baare Vergütung vereinbart und diese höher ist, als der nach Absatz 2 für den Versicherten maassgebende Durchschnittsbetrag, so ist diese Vergütung zu Grunde zu legen.

Der Versicherte kann die Versicherung in einer höheren als derjenigen Lohnklasse, welche nach den vorstehenden Bestimmungen für ihn maassgebend sein würde, beanspruchen. In diesen Fällen ist jedoch der auf den Arbeitgeber entfallende Theil des Beitrags, sofern nicht die Versicherung in der höheren Lohnklasse von dem Arbeitgeber und dem Versicherten vereinbart ist, nicht nach der höheren, sondern nach der für den Versicherten maassgebenden Lohnklasse zu bemessen.

Die Landes-Centralbehörde kann anordnen, dass die nach Absatz 2 für die einzelnen Orte maassgebenden Lohnklassen und Beiträge (§ 32) sowie die Klassen von versicherten, welche an dem betreffenden Orte in die einzelnen Lohnklassen entfallen, von der Versicherungsanstalt in jedem Orte ihres Bezirks bekannt zu machen sind.

Die §§ 35--40 handeln von Berechnung der Renten.

§ 41 (29). Die Invalidenrente beginnt mit dem Tage, an welchem der Verlust der Erwerbsfähigkeit eingetreten ist. Als dieser Zeitpunkt gilt, sofern nicht anders in der Entscheidung festgestellt wird, der Tag, an welchem der Antrag auf Bewilligung der Rente bei der zuständigen Behörde eingegangen ist (§ 112 Absatz 1).

Die Altersrente beginnt frühestens mit dem ersten Tage des einundsiebenzigsten Lebensjahrs.

Für Zeiten, die beim Eingange des Antrags auf Bewilligung einer Rente länger als ein Jahr zurückliegen, wird die Rente nicht gewährt.

Stirbt ein Versicherter, dessen Rentenanspruch noch zu seinen Lebzeiten bei der zuständigen Behörde eingegangen war, so ist zur Fortsetzung des Verfahrens und im Falle der Bewilligung der Rente zum Bezuge der bis zum Todestage fälligen Rentenbeträge an erster Stelle der Ehegatte berechtigt, sofern derselbe mit dem Rentenberechtigten bis zu dessen Tode in häuslicher Gemeinschaft gelebt hat; wenn in solcher nicht vorhanden ist, tritt die Rechtsnachfolge nach den Bestimmungen des bürgerlichen Rechts ein.



## Erstattung von Beiträgen.

§ 42 (30). Weiblichen Personen, welche eine Ehe eingehen, bevor ihnen die eine Rente (§§ 15, 16) bewilligende Entscheidung zugestellt ist, steht ein Anspruch auf Erstattung der Hälfte der für sie geleisteten Beiträge zu, wenn die letzteren vor Eingehung der Ehe für mindestens zweihundert Wochen entrichtet worden sind. Dieser Anspruch muss bei Vermeidung des Ausschlusses vor Ablauf eines Jahres nach dem Tage der Verheirathung geltend gemacht werden. Der zu erstattende Betrag wird auf volle Mark nach oben abgerundet.

Mit der Erstattung erlischt die durch das frühere Versicherungsverhältniss begründete Anwartschaft.

§ 43. Werden versicherte Personen durch einen Unfall dauernd erwerbsunfähig im Sinne dieses Gesetzes und steht ihnen nach § 15 Absatz 2 Satz 2 für die Zeit des Bezuges der Unfallrente ein Anspruch auf Invalidenrente nicht zu, so ist ihnen auf ihren Antrag die Hälfte der für sie entrichteten Beiträge zu erstatten. Der Anspruch muss bei Vermeidung des Ausschlusses vor Ablauf von zwei Jahren nach dem Unfall geltend gemacht werden. Die Bestimmungen des § 42 Absatz 1 Satz 3 und Absatz 2 finden Anwendung.

§ 44 (31). Wenn eine männliche Person, für welche mindestens für zweihundert Wochen Beiträge entrichtet worden sind, verstirbt, bevor ihr die eine Rente (§§ 15, 16) bewilligende Entscheidung zugestellt ist, so steht der hinterlassenen Witwe oder, falls eine solche nicht vorhanden ist, den hinterlassenen ehelichen Kindern unter fünfzehn Jahren ein Anspruch auf Erstattung der Hälfte der für den Verstorbenen entrichteten Beiträge zu.

Wenn eine weibliche Person, für welche mindestens für zweihundert Wochen Beiträge entrichtet worden sind, verstirbt, bevor ihr die eine Rente (§§ 15, 16) bewilligende Entscheidung zugestellt ist, so steht den hinterlassenen vaterlosen Kindern unter fünfzehn Jahren ein Anspruch auf Erstattung der Hälfte der für die Verstorbene entrichteten Beiträge zu. Ein gleicher Anspruch steht unter denselben Voraussetzungen den hinterlassenen, noch nicht fünfzehn Jahre alten Kindern einer solchen weiblichen Person zu, deren Ehemann sich von der häuslichen Gemeinschaft ferngehalten und sich der Pflicht der Unterhaltung der Kinder entzogen hat. War die weibliche Person wegen Erwerbsunfähigkeit ihres Ehemanns die Ernährerin der Familie, so steht ein gleicher Erstattungsanspruch dem hinterlassenen Wittwer zu.

Der Erstattungsanspruch muss bei Vermeidung des Ausschlusses vor Ablauf eines Jahres nach dem Tode des Versicherten erhoben werden. Der zu erstattende Betrag wird auf volle Mark nach oben abgerundet.

Schwebt beim Tode des Versicherten bereits ein Rentenfeststellungsverfahren, so schliesst der Erstattungsanspruch den Anspruch des Erben auf die rückständigen Rentenbeträge aus, solange nicht eine den letzteren anerkennende Entscheidung zugestellt ist.

Vorstehende Bestimmungen finden keine Anwendung, soweit den Hinterbliebenen aus Anlass des Todes des Versicherten auf Grund der Unfallversicherungsgesetze Renten gewährt werden.

§ 45. Durch übereinstimmenden Beschluss des Vorstandes und des Ausschusses kann bestimmt werden, dass die Ueberschüsse des Sondervermögens einer Versicherungsanstalt über den zur Deckung ihrer Verpflichtungen dauernd erforderlichen Bedarf zu anderen als den im Gesetze vorgesehenen Leistungen im wirtschaftlichen Interesse der der Versicherungsanstalt angehörenden Rentenempfänger, Versicherten sowie ihrer Angehörigen verwendet werden.

Solche Beschlüsse bedürfen der Genehmigung des Bundesraths. Die Genehmi-

**ung kann widerrufen werden, wenn das Sondervermögen der Versicherungsanstalt für dauernden Deckung ihrer Verpflichtungen nicht mehr ausreicht.**

#### **Erlöschen der Anwartschaft.**

**§ 46 (32).** Die aus der Versicherungspflicht sich ergebende Anwartschaft erlischt, wenn während zweier Jahre nach dem auf der Quittungskarte (§ 131) verzeichneten Ausstellungstag ein die Versicherungspflicht begründendes Arbeits- oder Leistungsverhältniss, auf Grund dessen Beiträge entrichtet sind, oder die Weiterversicherung (§ 14 Absatz 2) nicht oder in weniger als insgesamt zwanzig Beitragswochen bestanden hat.

Den Beitragswochen im Sinne des vorigen Absatzes werden gleich behandelt Zeiten,

1. welche nach § 30 als Beitragszeiten angerechnet werden,
2. während deren der Anwärter eine Unfallrente für eine Verminderung der Erwerbsfähigkeit um mindestens zwanzig Procent oder aus Kassen der in den §§ 8, 10, 52 bezeichneten Art Invaliden- oder Altersrenten bezog, ohne gleichzeitig eine h diesem Gesetze versicherungspflichtige Beschäftigung auszuüben.

Bei der Selbstversicherung und ihrer Fortsetzung (§ 14 Absatz 1) müssen zur Frechterhaltung der Anwartschaft während der im Absatz 1 bezeichneten Frist mindestens vierzig Beiträge entrichtet werden.

Die Anwartschaft lebt wieder auf, sobald durch Wiedereintreten in eine versicherungspflichtige Beschäftigung oder durch freiwillige Beitragsleistung das Versicherungsverhältniss erneuert und danach eine Wartezeit von zweihundert Beitragswochen zurückgelegt ist.

#### **Entziehung der Invalidenrente.**

**§ 47 (33).** Tritt in den Verhältnissen des Empfängers einer Invalidenrente eine Veränderung ein, welche ihn nicht mehr als erwerbsunfähig (§§ 15, 16) erscheinen lässt, so kann demselben die Rente entzogen werden.

Ist begründete Annahme vorhanden, dass der Empfänger einer Invalidenrente in Durchführung eines Heilverfahrens die Erwerbsfähigkeit wieder erlangen werde, kann die Versicherungsanstalt zu diesem Zwecke ein Heilverfahren eintreten lassen. Bei finden die Bestimmungen des § 18 Absatz 2—4, §§ 19—21, 23 mit der Maassgabe Anwendung, dass an Stelle der Angehörigenunterstützung die Invalidenrente entzogen kann. Hat sich der Rentenempfänger solchen Maassnahmen der Versicherungsanstalt ohne gesetzlichen oder sonst triftigen Grund entzogen, so kann ihm die Rente auf Zeit ganz oder theilweise entzogen werden, sofern auf diese Folgen hingewiesen worden ist und nachgewiesen wird, dass er durch sein Verhalten die Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit vereitelt hat.

Die Entziehung der Rente tritt mit Ablauf des Monats in Wirksamkeit, in welchem der die Entziehung aussprechende Bescheid zugestellt worden ist.

Wird die Rente von neuem oder wird an Stelle einer nach § 16 gewährten Invalidenrente eine Rente für dauernde Erwerbsunfähigkeit (§ 15) bewilligt oder wird eine Altersrente bewilligt, so ist die Zeit des früheren Rentenbezugs dem Versicherten ebenso wie eine bescheinigte Krankheitszeit (§ 40 Absatz 1) anzurechnen. Die Vorschriften des § 30 Absatz 5 und des § 46 Absatz 1, 3 finden auf diese Zeit keine Anwendung.

#### **Ruhen der Rente.**

**§ 48 (34).** Das Recht auf Bezug der Rente ruht:

1. für diejenigen Personen, welche auf Grund der reichsgesetzlichen Bestim-

mungen über Unfallversicherung eine Rente beziehen, so lange und soweit die Unfallrente unter Hinzurechnung der ihnen nach dem gegenwärtigen Gesetze zugesprochenen Rente den siebenundeinhalbfachen Grundbetrag der Invalidenrente (§ 36 Absatz 2, 3) übersteigt;

2. für die in den §§ 5, 6 Absatz 1, § 7 bezeichneten Personen, so lange und soweit die denselben gewährten Pensionen, Wartegelder oder ähnlichen Bezüge unter Hinzurechnung der ihnen nach dem gegenwärtigen Gesetze zugesprochenen Rente dem in Ziffer 1 bezeichneten Höchstbetrag übersteigen;

3. so lange der Berechtigte eine die Dauer von einem Monat übersteigende Freiheitsstrafe verbüsst oder so lange er in einem Arbeitshaus oder in einer Besserungsanstalt untergebracht ist;

4. so lange der Berechtigte nicht im Inlande seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat. Durch Beschluss des Bundesraths kann diese Bestimmung für bestimmte Grenzgebiete oder für solche auswärtige Staaten, durch deren Gesetzgebung deutscher Arbeitern eine entsprechende Fürsorge für den Fall der Erwerbsunfähigkeit und des Alters gewährleistet ist, ausser Kraft gesetzt werden.

Hat in den Fällen der Ziffer 3 der Rentenberechtigte eine im Inlande wohnende Familie, deren Unterhalt er bisher aus seinem Arbeitsverdienste bestritten hat, so ist dieser die Rente zu überweisen.

Während des Bezugs von Invalidenrente ruht der Anspruch auf die Altersrente. Auf diesen Fall findet die Bestimmung des § 38 Satz 2 keine Anwendung.

#### Verhältniss zu anderen Ansprüchen.

§ 49 (35 Absatz 1 und von Absatz 2 Satz 1). Die auf gesetzlicher Vorschrift beruhende Verpflichtung von Gemeinden und Armenverbänden zur Unterstützung hilfsbedürftiger Personen, sowie sonstige gesetzliche, statutarische oder auf Vertrag beruhende Verpflichtungen zur Fürsorge für alte, kranke, erwerbsunfähige oder hilfsbedürftige Personen werden durch dieses Gesetz nicht berührt.

Wenn von einer Gemeinde oder einem Armenverband an hilfsbedürftige Personen Unterstützungen für einen Zeitraum geleistet werden, für welchen diesen Personen ein Anspruch auf Invaliden- oder Altersrente zustand oder noch zusteht, so ist ihnen hierfür durch Ueberweisung von Rentenbeträgen Ersatz zu leisten.

Ist die Unterstützung eine vorübergehende, so können als Ersatz höchstens drei Monatsbeträge der Rente, und zwar mit nicht mehr als der Hälfte, in Anspruch genommen werden.

Ist die Unterstützung eine fortlaufende, so kann als Ersatz, wenn die Unterstützung in der Gewährung des Unterhalts in einer Anstalt besteht, für dessen Dauer und in dem zur Ersatzleistung erforderlichen Betrage die fortlaufende Ueberweisung der vollen Rente, im Uebrigen die fortlaufende Ueberweisung von höchstens der halben Rente beansprucht werden.

§ 50. Der Antrag auf Ueberweisung von Rentenbeträgen (§ 49 Absatz 2-4) ist bei einer der im § 112 Absatz 1 bezeichneten Behörden anzumelden: soweit es sich um den Ersatz für eine vorübergehende Unterstützung handelt, ist der Anspruch bei Vermeidung des Ausschlusses spätestens binnen drei Monaten seit Beendigung der Unterstützung geltend zu machen.

Den Gemeinden und Armenverbänden steht die Geltendmachung des Ersatzanspruchs auch dann zu, wenn die hilfsbedürftige Person, welcher ein Anspruch auf Invaliden- oder Altersrente zustand, vor Stellung des Rentenanspruchs verstorben ist. Die Bestimmung im § 44 Absatz 4 findet entsprechende Anwendung.

Streitigkeiten, welche zwischen den Betheiligten über den Anspruch auf Ueber-

Entschädigungsbeträgen entstehen, werden im Verwaltungsstreitverfahren, wo ein solches nicht besteht, durch die dem Ersatzberechtigten vorgesetzte Aufsichtsbehörde entschieden. Die Entscheidung der letzteren kann innerhalb eines Monats nach der Zustellung im Wege des Recurses nach Maassgabe der §§ 20, 21 der Gewerbeordnung angefochten werden.

§ 51 (35 Absatz 2 Rest). Die Bestimmungen der §§ 49, 50 gelten auch für Betriebsunternehmer und Kassen, welche die den Gemeinden oder Armenverbänden liegende Verpflichtung zur Unterstützung Hilfsbedürftiger auf Grund gesetzlicher Vorschrift erfüllen.

§ 52 (36). Fabrikkassen, Knappschaftskassen, Seemannskassen und andere für verbliche, landwirthschaftliche oder ähnliche Unternehmungen bestehende Kassenrichtungen, welche ihren nach den reichsgesetzlichen Bestimmungen versicherten Gliedern für den Fall des Alters oder der Erwerbsunfähigkeit Renten oder Kapitalien gewähren, sind berechtigt, diese Unterstützungen für solche Personen, welche Grund der reichsgesetzlichen Bestimmungen einen Anspruch auf Invaliden- oder Altersrenten haben, um den Werth der letzteren oder zu einem geringeren Betrage ermässigen, sofern gleichzeitig die Beiträge der Betriebsunternehmer und Kassenmitglieder oder im Falle der Zustimmung der Betriebsunternehmer wenigstens diejenigen der Kassenmitglieder in entsprechendem Verhältnisse herabgemindert werden. Für statutenmässige Kassenleistungen, welche vor dem betreffenden Beschlusse der ständigen Organe oder vor dem 1. Januar 1891 aus der Kasse bewilligt worden sind, erstreckt sich die Ermässigung nicht.

Die hierzu erforderliche Abänderung der Statuten bedarf der Genehmigung der ständigen Landesbehörde. Die letztere ist befugt, eine entsprechende Abänderung der Statuten ihrerseits mit rechtsgültiger Wirkung vorzunehmen, sofern die zu den erwähnten Kasseneinrichtungen beitragenden Betriebsunternehmer oder die Mehrheit der Kassenmitglieder die Abänderung beantragt haben, die letztere aber von den zuständigen Organen der Kasse abgelehnt worden ist.

Der Ermässigung der Beiträge bedarf es nicht, sofern die durch die Herabänderung der Unterstützungen ersparten Beträge zu anderen Wohlfahrtseinrichtungen für Betriebsbeamte, Arbeiter oder deren Hinterbliebene verwendet werden sollen und diese anderweite Verwendung durch das Statut geregelt und von der Aufsichtsbehörde genehmigt wird, oder soweit die Beiträge in der bisherigen Höhe erforderlich sind, um die der Kasse verbleibenden Leistungen zu decken.

§ 53 (38). Die Bestimmungen des § 46 Absatz 2 Ziffer 2 und des § 52 finden auch auf die zur Fürsorge für Invalidität und Alter bestehenden Kassen Anwendung, hinsichtlich deren auf Grund ortsstatutarischer Bestimmungen eine Verpflichtung zum Beitritte besteht.

§ 54 (39). Insoweit den nach Maassgabe der reichsgesetzlichen Bestimmungen im Bezuge von Invalidenrenten berechtigten Personen ein gesetzlicher Anspruch auf Ersatz des ihnen durch die Invalidität entstandenen Schadens gegen Dritte zusteht, geht derselbe auf die Versicherungsanstalt bis zum Betrage der von dieser zu bewährenden Rente über.

#### Unpfändbarkeit der Ansprüche.

§ 55 (40). Die Uebertragung der aus den reichsgesetzlichen Bestimmungen sich ergebenden Ansprüche auf Dritte sowie deren Verpfändung oder Pfändung hat nur insoweit rechtliche Wirkung, als sie erfolgt:

1. zur Deckung eines Vorschusses, welcher dem Berechtigten auf seine An-

weisung der Rente von seinem Arbeitgeber oder einem Organe der Versicherungsanstalt oder dem Mitglied eines solchen Organs gegeben worden ist;

2. zur Deckung der im § 850 Absatz 4 der Civilprozessordnung in der der Bekanntmachung vom 20. Mai 1898 (Reichs-Gesetzbl. S. 369) bezeichneten Forderungen;

3. zur Deckung von Forderungen der nach §§ 49, 51 ersatzberechtigten gemeinnützigen und Armenverbände sowie der an deren Stelle getretenen Betriebsräte und Kassen.

Die Rentenforderungen dürfen nur auf Ersatzforderungen für bezogene Renten und Entschädigungen, soweit der Anspruch auf diese nach §§ 54, 113 auf die Versicherungsanstalt übergegangen ist, auf geschuldete Beiträge, auf Vorschüsse, auf zu Unrecht gezahlte Rentenbeträge, auf die zu erstattenden Kosten des Verfahrens und auf die von den Organen der Versicherungsanstalten verurtheilten Geldstrafen aufgerechnet werden.

Ausnahmsweise darf der Berechtigte den Anspruch auf die Rente ganz oder zum Theil auf andere übertragen, sofern dies von der unteren Verwaltungsbehörde genehmigt wird.

§§ 56—111 einschl. behandeln die Organisation der durch die Gesetzgebung notwendig gewordenen Einrichtungen und Behörden: Mitwirkende Landesverwaltungen, Versicherungsanstalten, Schiedsgerichte, Reichsversicherungsamt und Landesversicherungsämter (solche bestehen in Sachsen, Württemberg, Baden, Hessen, Mecklenburg-Schwerin, Mecklenburg-Strelitz und Preuss. ö. L.).

#### Feststellung der Rente.

§ 112 (75). Der Anspruch auf Bewilligung einer Rente ist unter Einwirkung der zur Begründung dienenden Beweismittel, insbesondere der letzten Quittung (§ 131) bei der für den Wohnort oder Beschäftigungsort des Versicherten oder bei der für einen solchen im Inlande nicht mehr hat, bei der für seinen letzten Wohnort oder Beschäftigungsort zuständigen unteren Verwaltungsbehörde oder Rentenstelle zu melden. Die Landes-Centralbehörde ist befugt, anzuordnen, dass die Anmeldung bei einer anderen Behörde rechtswirksam erfolgen darf; letztere hat die Anmeldung für ihren Bezirk zuständige untere Verwaltungsbehörde oder Rentenstelle weiterzuleiten.

Die untere Verwaltungsbehörde oder Rentenstelle hat die zur Klarstellung des Sachverhalts erforderlichen Erhebungen anzustellen und die Verhandlungen in schriftlicher Gutachten-Form (§§ 57—59, 79, 84 Absatz 1) dem Vorstände der für den Bezirk zuständigen Versicherungsanstalt zu übersenden.

Glaubt der Vorstand dem für die Gewährung einer Rente abgegebene Gutachten der unteren Verwaltungsbehörde oder Rentenstelle nicht entsprechen zu können, so ist die Sache, soweit es sich um die Frage der Versicherungspflicht (§§ 1—7) oder des Versicherungsrechts (§ 14) oder um das Maass der Erwerbsfähigkeit des Rentenbewerbers (§§ 5, 15, 16) handelt, an die untere Verwaltungsbehörde oder die Rentenstelle zur Anhörung der Beisitzer (§ 59 Absatz 1) zurückzuleiten, falls letztere noch nicht gehört sind.

Wird der angemeldete Anspruch anerkannt, so ist die Höhe und der Beginn der Rente sofort festzustellen. Dem Empfangsberechtigten ist sodann ein schriftlicher Bescheid zu ertheilen, aus welchem die Art der Berechnung zu ersehen ist.

Wird der angemeldete Anspruch nicht anerkannt, so ist derselbe durch einen schriftlichen, mit Gründen zu versehenen Bescheid abzulehnen.

§ 113 (76). Die Annahme, dass die Erwerbsunfähigkeit durch einen neuen

allversicherungsgesetzen zu entschädigenden Unfall verursacht ist, begründet nicht Ablehnung des Anspruchs auf Invalidenrente. Es ist vielmehr, sofern im übrigen Voraussetzungen, unter denen eine Invalidenrente bewilligt werden darf, vorliegen, diese Rente festzustellen.

Ist sodann die Invalidenrente für einen Zeitraum gezahlt, für welchen dem pfänger ein Anspruch auf Unfallrente zusteht, so geht dieser Anspruch insoweit die Versicherungsanstalt über, als die gewährte Invalidenrente die zu gewährende Unfallrente nicht übersteigt.

Die Versicherungsanstalten sind berechtigt, an Stelle des Verletzten die Feststellung der Unfallrente, soweit diese noch nicht erfolgt ist, zu beantragen und nöthigenfalls das durch die Unfallversicherungsgesetze vorgeschriebene Verfahren durchzuführen, auch an Stelle des Verletzten Rechtsmittel einzulegen, und zwar ohne Rücksicht auf Fristen, welche ohne ihr Verschulden verstrichen sind.

Die Versicherungsanstalten sind auch dann berechtigt, nach Absatz 3 die Feststellung von Unfallrenten herbeizuführen, wenn als Folge hiervon ein völliges oder ilweises Ruhen der Invaliden- oder Altersrente eintreten würde.

War in den Fällen des Absatz 1 von der Versicherungsanstalt ein Heilverfahren geleitet, so finden die Bestimmungen des § 21 entsprechende Anwendung.

Streitigkeiten aus Anlass des Ersatzanspruchs (Absatz 2, 5) werden durch das Reichs-Versicherungsamt entschieden.

§ 114 (77, 78). Gegen den Bescheid, durch welchen der Anspruch auf Invaliden- oder Altersrente abgewiesen wird, sowie gegen den Bescheid, durch welchen Höhe und der Beginn der Rente festgestellt wird, steht dem Rentenbewerber die Berufung auf schiedsgerichtliche Entscheidung zu. Die Berufung hat keine aufschiebende Wirkung.

Zur Entscheidung über die Berufung ist dasjenige Schiedsgericht berufen, das den Bezirk der unteren Verwaltungsbehörde oder Rentenstelle zuständig ist. Die Berufung ist bei Vermeidung des Ausschlusses innerhalb eines Monats nach der Zustellung des Bescheids bei diesem Schiedsgericht einzulegen.

Die Frist gilt auch dann als gewahrt, wenn innerhalb derselben die Berufung des Rentenbewerbers bei einer anderen Behörde eingegangen ist; letztere hat die Berufungsschrift ungesäumt an das zuständige Schiedsgericht abzugeben.

Der Bescheid muss die Bezeichnung der Berufungsfrist und des für die Berufung zuständigen Schiedsgerichts enthalten.

Eine Ausfertigung der Entscheidung des Schiedsgerichts ist dem Rentenbewerber sowie dem Vorstände der Versicherungsanstalt zuzustellen.

§ 115 (79). Das Schiedsgericht hat, wenn es den Anspruch auf Rente für begründet erachtet, zugleich die Höhe und den Beginn der Rente festzustellen. Hat das Schiedsgericht in besonderen Ausnahmefällen, welche das Reichs-Versicherungsamt näher bestimmen darf, den Anspruch auf Rente nur dem Grunde nach anerkannt und nicht gleichzeitig über die Höhe und den Beginn der Rente entschieden, so hat der Vorstand der Versicherungsanstalt in denjenigen Fällen, in welchen das Rechtsmittel der Revision eingelegt wird, vorläufige Rentenbeträge unverzüglich zu bewilligen. Gegen die vorläufige Bewilligung von Rentenbeträgen findet ein Rechtsmittel nicht statt. Sobald der Anspruch auf Rente rechtskräftig feststeht, hat der Vorstand deren Höhe und Beginn, sofern dies nicht bereits früher geschehen ist, festzustellen (§ 112). Die vorläufig gezahlten Beträge werden auf die endgültig angewiesene Rente angerechnet.

Die §§ 116, 117 (80, 81) handeln von der Revision und der Entscheidung darüber durch das Reichsversicherungsamt.

§ 118. Die Versicherungsanstalten sind befugt, von der Rückforderung mäss §§ 115—117 vor rechtskräftiger Entscheidung gezahlten Rentenbeiträge zusehen.

§ 119 (82). Auf die Anfechtung der rechtskräftigen Entscheidung über Anspruch auf Rente finden die Vorschriften der Civilprocessordnung über die aufnahme des Verfahrens entsprechende Anwendung, soweit nicht durch Kaiserliche Verordnung mit Zustimmung des Bundesraths ein anderes bestimmt wird.

§ 120 (84). Die Wiederholung eines Antrags auf Bewilligung einer Rente, welcher wegen des Fehlens dauernder Erwerbsunfähigkeit endgültig abgelehnt worden war, ist vor Ablauf eines Jahres seit der Zustellung der endgültigen Entscheidung nur dann zulässig, wenn glaubhaft bescheinigt wird, dass inzwischen eingetreten sind, aus denen sich das Vorhandensein der dauernden Erwerbsunfähigkeit des Antragstellers ergibt. Sofern eine solche Bescheinigung vorgebracht wird, hat die untere Verwaltungsbehörde oder Rentenstelle den wiederholten Antrag durch Verfügung, gegen welche ein Rechtsmittel nicht eingelegt werden kann, zurückzuweisen.

§ 121 (85). Ueber die Entziehung der Rente (§ 47) sowie die Einstellung der Rentenzahlungen (§ 48) erlässt der Vorstand schriftlichen mit Gründen versehenen Bescheid.

Vor der Entscheidung ist die für den Wohnort des Rentenempfängers zuständige untere Verwaltungsbehörde oder Rentenstelle gutachtlich zu hören (§§ 57—59 Absatz 1).

Der § 112 Absatz 3 und die §§ 114, 116—119 finden im Uebereinstimmenden Anwendung.

§ 122 (86). Der unteren Verwaltungsbehörde oder Rentenstelle ist von dem Vorstände getroffenen Entscheidungen Kenntniss zu geben. Sofern Rentenstellen errichtet sind, hat der Vorstand ausserdem die dem Wohnort des Rentenempfängers zuständigen unteren Verwaltungsbehörden über die dem Berechtigten zustehenden Bezüge Mittheilung zu machen. Das Gleiche gilt bei Veränderungen.

#### Auszahlung der Renten.

§ 123 (91). Die Auszahlung der Renten wird auf Anweisung des Vorstandes der nach § 112 Absatz 2 zuständigen Versicherungsanstalt vorschussweise durch die Postverwaltungen, und zwar in der Regel durch diejenige Postanstalt bei deren Bezirke der Empfangsberechtigte zur Zeit des Antrags auf Bewilligung der Rente seinen Wohnsitz hatte, der Vorstand der Versicherungsanstalt hat dem Empfänger die mit der Zahlung der Rente beauftragte Postanstalt zu bezeichnen.

Verlegt der Empfangsberechtigte seinen Wohnsitz, so hat auf seinen Antrag der Vorstand der Versicherungsanstalt, welcher die Rente angewiesen hatte, die Zahlung an die Postanstalt des neuen Wohnorts zur Auszahlung zu überweisen.

Die Central-Postbehörden sind berechtigt, von jeder Versicherungsanstalt Betriebsfonds einzuziehen. Derselbe ist in vierteljährlichen oder monatlichen Zahlungen an die den Versicherungsanstalten von der Central-Postbehörde bezeichnenden Kassen abzuführen und darf die für die Versicherungsanstalt im Rechnungsjahre voraussichtlich auszufehlenden Beträge nicht übersteigen.

§§ 124—127 handeln von der Rechnungsstelle des Reichsversicherungsamtes, von der Vertheilung der Renten (Reichszuschuss etc.) und der Erstattung der Beiträge der Postverwaltungen.

§ 128 handelt von der Erstattung von Beiträgen, § 129 von der Entschädigung

## b) Höchstgerichtliche Entscheidungen.

### **Versicherungspflicht der Pflegepersonen.**

„VII der Anleitung des Reichsversicherungsamtes, betreffend den Kreis der Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetz zu versichernden Personen vom 1. October 1890, führt aus:

„Abweichend von den Reichsgesetzen über die Kranken- und Unfallversicherung, den Eintritt der Versicherung an bestimmte Betriebe knüpfen, wird von dem Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetz die arbeitende Bevölkerung sämmtlicher Betriebe erfasst und werden alle Personen, welche als Arbeiter oder als untergeordnete Betriebsbeamte ihre Arbeitskraft gegen Lohn für Andere verwerthen, dem Versicherungszwange unterworfen. Es fallen daher sowohl die in der Landwirtschaft, der Industrie und dem Handel, wie die in der Hauswirthschaft, im Reichs-, Landes- oder Communaldienste, für kirchliche und Schulzwecke u. s. w. als Arbeiter, Lehrlinge, Gesellen, Lehrlinge, Dienstboten, Betriebsbeamte, Handlungsgehilfen oder Lehrlinge Beschäftigten unter das Gesetz, sofern die sonstigen gesetzlichen Bestimmungen der Versicherungspflicht bei ihnen zutreffen. Diejenigen Personen, die nicht mit ausführenden Arbeiten vorwiegend materieller Art, sondern vorwiegend ihrer Natur nach höheren, mehr geistigen (wissenschaftlichen, künstlerischen u. s. w.) Thätigkeit beschäftigt werden und durch ihre sociale Stellung über den Arbeiterkreis sich erheben, der nach dem gewöhnlichen Sprachgebrauch und dem Standpunkt wirtschaftlicher Auffassung dem Arbeiter- und niederen Betriebsstande angehört, unterliegen nicht der Versicherungspflicht. Dieselbe erstreckt sich ebenso wie die Versicherungsberechtigung gleichmässig auf männliche und weibliche unverheirathete und verheirathete Personen; auch die im Inlande beschäftigten ausländischen Arbeiter sind versicherungspflichtig. Von der Dauer der Beschäftigung ist die Versicherungspflicht nach dem Gesetze nicht abhängig, sondern auch durch vorübergehende Hilfeleistungen begründet. Bei denjenigen Personen, die berufs-



Demnach sind alle Pfleger und Pflegerinnen, bei denen der Gesichtspunkt des Erwerbes fortfällt, zum Beispiel die „barmherzigen Schwestern“, „Diakonissen“, „Rothekreuzschwestern“, soweit sie nicht unmittelbar für ihre Dienste vom Pflegenehmer bezahlt werden oder von ihrem Mutterhaus ein tägliches Honorar für die Pflege erhalten, sondern nur in uneigennütziger Weise im Dienste der Nächstenliebe thätig sind, nicht versicherungspflichtig.

Ferner sind nicht versicherungspflichtig die Pflegepersonen, die als gewerbliche Unternehmer anzusehen sind, d. h. die selbständigen Pfleger und Pflegerinnen, die nicht in ein festes Dienstverhältniss zu einzelnen Personen oder gewerblichen Unternehmungen, öffentlichen Anstalten, Vereinen etc. getreten sind. Alle Diejenigen, die ein solches Dienstverhältniss des Erwerbes wegen eingegangen sind, unterliegen dagegen der Versicherungspflicht. Hierher gehören Pfleger, Pflegerinnen, Wärter und Wärterinnen, die einer Krankenpflegegenossenschaft nicht angehören oder von ihr unterhalten werden, sondern gegen Lohn in Krankenanstalten oder auch ausserhalb derselben thätig sind, ihren Lohn aber nicht von den Pflegenehmern, sondern von der Anstaltsleitung etc. empfangen. Die Revisionsentscheidung des Reichsversicherungsamtes vom 8. Februar 1899 hat diese Frage in umfassender Weise erörtert.

Die selbständigen Pfleger und Pflegerinnen sind jedoch nach § 14 des Gesetzes vom 19. Juli 1899 berechtigt, freiwillig in die Invalidenversicherung einzutreten, so lange sie das 40. Lebensjahr nicht vollendet haben. —

Das Wärterpersonal einer landwirthschaftlichen Kolonie für Geisteskranke ist versicherungspflichtig, nicht aber sind es die Pfleglinge in Anstalten, die zu Heilzwecken dienen.

(Bescheid des Reichsversicherungsamtes vom 8. Mai 1896.)

„Das Reichsversicherungsamt hat dahin entschieden, dass nicht die Pfleglinge, wohl aber deren Wärter versicherungspflichtig sind. Es hat dabei in Uebereinstimmung mit der überwiegenden Mehrheit der um ihre Meinung befragten Vorstände der landwirthschaftlichen Berufsgenossenschaften angenommen, dass die in Pflegeanstalten zu Heilzwecken aufgenommenen geisteskranken Personen, soweit sie nur seitens der Anstalt und innerhalb des räumlichen Gebietes derselben beschäftigt werden, grundsätzlich als nicht im Betriebe beschäftigte Personen im Sinne der Arbeitsversicherungsgesetze anzusehen seien, dass dagegen die mit Bewachung und Pflege der Geisteskranken betrauten Wärter, insoweit als sie entweder unmittelbar durch eigene Thätigkeit oder mittelbar durch die Anleitung und Beaufsichtigung der Geisteskranken zum Nutzen eines mit der Anstalt verbundenen landwirthschaftlichen Betriebes thätig werden, als in diesem Betriebe beschäftigte Personen zu behandeln sind.“

Schliesslich besagt die Entscheidung des Reichs-Versicherungsamtes vom 24. Juni 1897 unmittelbar, dass Pfleglinge öffentlicher und privater Wohlthätigkeitsanstalten (Siechen-, Blinden- etc. Anstalten), die behufs ihrer Ausbildung und behufs Gewinnung eines geringen Zuschusses zu ihrem Unterhalt mit Flechten von Korbwaaren etc. beschäftigt werden, nicht versicherungspflichtig sind, da es sich nicht um einen gewerbmässigen, d. h. auf Erzielung von Gewinn gerichteten Betrieb handelt.

### **Die Erwerbsunfähigkeit im Sinne des Invalidenversicherungsgesetzes.**

Ueber den Begriff der Erwerbsunfähigkeit im Sinne des § 15 des Invalidenversicherungsgesetzes (früher § 9) spricht sich das Reichs-Versicherungsamt in zwei Revisionsentscheidungen (Amtl. Nachr. d. R. V. A., I. u. A. V. 1893, SS. 55, 56) wie folgt aus:

Arbeitsfeld des Verletzten in Rücksicht gezogen werden dürfe, sondern der physische und geistige Zustand in Verbindung mit der Vorbildung des Verletzten, Fähigkeit, auf dem gesammten Gebiete des wirthschaftlichen Lebens sich einen Lebensunterhalt zu schaffen.“

Entscheidend ist die Ansicht, dass der Kläger schon deshalb als dauernd unfähig im Sinne des Gesetzes gelten müsse, weil er seinem bisherigen Beruf nachhinein nie wieder nachgehen könne. Denn unter Erwerbsfähigkeit dieser Vorschrift ist, wie der Wortlaut und die Entstehungsgeschichte deutlich erkennen lassen, nicht das Unvermögen, die schweren oder auch nur ähnlichen Arbeiten des bisherigen Berufes verrichten zu können (Berufstätigkeit), sondern die Unfähigkeit zu verstehen, weder in dem bisherigen Beruf, noch anderwärts für die betreffende Person geeignete Thätigkeit die im § 9 (§ 15) festgesetzte Quote zu verdienen. Bei Prüfung dieser Frage sind nun allerdings die physischen Kräfte und Fähigkeiten insofern nicht ohne Bedeutung, als es nicht an der Zeit ist, den Rentenbewerber auf eine Thätigkeit zu verweisen, die er mit den ihm zu Gebote stehenden Kräften und Fähigkeiten offenbar ausser Stande ist zu verrichten. Indessen kann nicht anerkannt werden, dass ein im 45. Lebensjahre stehender, der bisher als Maschinenwärter beschäftigt war, ohne Weiteres zu jeder Lohnarbeit untauglich sein sollte. Es giebt vielmehr sowohl in der Industrie als in anderen Betrieben erfahrungsgemäss viele Arbeiten, welche als seinen Kräften und Fähigkeiten entsprechend bezeichnet werden können.“

Über den Begriff „Erwerbsunfähigkeit“ im Sinne des Invalidenversicherungsgesetzes besagt weiter die Entscheidung des Reichs-Versicherungsamtes vom 1. Januar 1898:

Für die Beurtheilung des Grades der Erwerbsunfähigkeit im Sinne des Invalidenversicherungsgesetzes kommt die Frage, ob der Kläger passende Beschäftigung findet, nicht in Betracht, weil es nicht auf die grössere oder geringere Arbeitsgelegenheit, sondern darauf ankommt, ob er noch fähig ist, den Mindestlohn durch eine seinen Kräften und Fähigkeiten entsprechende Lohnarbeit zu erzielen. Ebensowenig fällt die Frage ins Gewicht, ob der Kläger durch den erzielten Verdienst seine Familie

gerichtet aus der langen Dauer des leidenden Zustandes in Verbindung mit den Angaben und dem persönlichen Eindruck des Klägers den Schluss gezogen seit dem 5. September 1895 eine mit Erwerbsunfähigkeit verbundene Krankheit im Sinne der §§ 17 Absatz 2 und 10 des Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetzes vorhanden gewesen sei, so kann diese Annahme weder als aktiver noch als passiver Rechtsirrtumlich behandelt werden.“

Dauernde Erwerbsunfähigkeit im Falle eines nur durch beseitigenden schweren Leidens tritt nach der Entscheidung des Reichsversicherungsamtes vom 12. December 1893 dann ein, wenn der ohne operativen Eingriff bestehende Zustand der Erwerbsunfähigkeit objectiv vorhanden ist.

Nach der Entscheidung des Reichs-Versicherungsamtes vom 22. December 1893 hängt der Begriff der Erwerbsfähigkeit bei Hausgewerbetreibenden in der Textilindustrie gemäss § 29 Absatz 2 des Invalidenversicherungsgesetzes von der Grösse des täglichen Verdienstes des Lohnes ab, sondern nicht von der Person thatsächlich erwerbsfähig war oder nicht.

Zum Begriff der mit Erwerbsunfähigkeit verbundenen Krankheit gemäss § 30 Absatz 2 des Invalidenversicherungsgesetzes ist nach der Entscheidung des Reichs-Versicherungsamtes vom 2. März 1895 nicht nöthig, dass der Invalide damals schon invalid im Sinne des Gesetzes gewesen ist, sondern nur, dass die Krankheit, die die Einstellung der versicherungspflichtigen Thätigkeit bewirkt hat, eine solche ist, die die Einstellung der Thätigkeit bewirkt.

Der Nachweis von solchen anrechnungsfähigen Krankheiten ist bei der Entscheidung des Reichs-Versicherungsamtes vom 30. März 1895, nicht zugezogen worden ist, auch durch glaubwürdige Personen geschehen (z. B. durch den Hauswirth etc.).

Der Wiedereintritt der Erwerbsfähigkeit im Sinne des Invalidenversicherungsgesetzes kann nicht angenommen werden, wenn der bisher Erwerbsunfähige noch der Schonung bedarf und die Wiederaufnahme seiner Thätigkeit seine Gesundheit gefährden könnte. Die Entscheidung des Reichsversicherungsamtes vom 21. Februar 1899 führt darüber Folgendes aus:

„Nach dem ärztlichen Gutachten des Dr. G. vom 9. Mai 1898 ist

erlegen und bis zur Wiedergewöhnung an die Arbeit und Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit in der Bethätigung seiner Arbeitskraft angemessen beschränken muss. Erst wenn die Kräftigung so weite Fortschritte gemacht hat, dass eine Verschlimmerung des Zustandes durch Ausübung einer versicherungspflichtigen Beschäftigung nicht mehr zu besorgen ist, erscheint die Annahme begründet, welche die Anwendung des § 33 Absatz 1 a. a. O. rechtfertigt, dass der Rentenempfänger nicht mehr dauernd erwerbsunfähig sei.

Diese Grundsätze entsprechen auch den Gesichtspunkten, von denen auf dem verwandten Gebiete der Unfallversicherung das Reichsversicherungsamt sich bei der Auslegung und Ausgestaltung der §§ 65 und 7 des Unfallversicherungsgesetzes hat leiten lassen.“

Ueber den Begriff der Erwerbsunfähigkeit im Sinne des § 5 des Invaliden-Versicherungsgesetzes spricht sich schliesslich die Entscheidung des Reichsversicherungsamtes vom 31. October 1900 folgendermaassen aus:

„Für die Feststellung, ob ein Rentenbewerber erwerbsunfähig im gesetzlichen Sinne ist, bedarf es der Beantwortung zweier, von einander zu trennender Fragen, nämlich einmal der Frage, wo die Grenze zwischen Erwerbsfähigkeit und Erwerbsunfähigkeit liegt, wieviel der Antragsteller also noch zu verdienen im Stande sein müsste, um nicht erwerbsunfähig zu sein, und sodann der Frage, wie hoch die Leistungsfähigkeit des Antragstellers zu schätzen ist, wieviel also diese bestimmte Person noch durch Arbeit zu verdienen vermag. Diese beide Fragen müssen namentlich dann auseinander gehalten werden, wenn, was zwar an sich nicht nothwendig, aber doch sehr wohl zulässig und auch im vorliegenden Falle geschehen ist, die Verdienstgrenze einerseits und die Leistungsfähigkeit des Klägers andererseits im Zahlenmaasse ziffermässig ausgedrückt werden, die erstere in Gestalt des sogenannten Mindestlohnes, die letztere in Gestalt des höchsten noch erreichbaren Verdienstes. Den Mindestlohn umschreibt das Invaliden-Versicherungsgesetz im § 5, Absatz 4 als „ein Drittel desjenigen, was körperlich und geistig gesunde Personen derselben Art mit ähnlicher Ausbildung in derselben Gegend durch Arbeit zu verdienen pflegen“. Das Mass der eigenen Leistungsfähigkeit des Rentenbewerbers bildet nach dem Gesetz derjenige Betrag, den Jemand durch eine seinen Kräften und Fähigkeiten entsprechende Thätigkeit, die ihm unter billiger Berücksichtigung seiner Ausbildung und seines bisherigen Berufs zugemuthet werden kann, zu erwerben im Stande ist. In beiden Punkten weicht die neue Fassung von der des § 9, Absatz 3 des Invaliditäts- und Alters-Versicherungsgesetzes erheblich ab.

Was zunächst die zweite, weniger schwierige Frage nach dem Grade der noch vorhandenen Erwerbsfähigkeit anlangt, so handelt es sich insoweit bei dem neuen Wortlaut der gesetzlichen Vorschrift im Wesentlichen um eine reine Fassungsänderung. Bereits bei der Auslegung des § 9, Absatz 3 des Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetzes hat das Reichs-Versicherungsamt ständig daran festgehalten, dass es einerseits nicht auf die blosse Unfähigkeit zu den Arbeiten des bisherigen Berufs ankomme, die Erwerbsunfähigkeit des Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetzes nicht als Berufsinvalidität zu verstehen sei, dass aber andererseits bei der Prüfung der Frage, ob die Lohnarbeit in anderen Erwerbszweigen eine „den Kräften und Fähigkeiten“ des Rentenbewerbers „entsprechende“ sei, auch auf seine Vorbildung und sonstige Lebensumstände, z. B. sein Lebensalter, billige Rücksicht genommen werden müsse. In Uebereinstimmung hiemit wird in der Begründung des Entwurfs der neuen Vorschrift ausgeführt, die Erweiterung des Gesetzes zu einer Versicherung gegen Berufsinvalidität sei nicht in Aussicht genommen, es komme darauf an, was dem Rentenbewerber an Lohnarbeit auf dem gesammten wirthschaft-

lichen Erwerbsgebiete füglich noch zugemuthet werden könne, wobei er aber allerdings nicht auf eine ihm völlig fremde, körperlich oder geistig ungeeignete Beschäftigung verwiesen werden dürfe; dies entspreche der bisherigen Rechtsübung. . . .

Hinsichtlich der Höhe des Mindestlohnes bedeutet die neue Begriffsbestimmung nicht nur eine Verbesserung der Fassung, sondern zugleich eine inhaltliche Aenderung, und zwar einmal dahin, dass an die Stelle einer aus festen Grössen zu berechnenden eine nur schätzungsweise zu ermittelnde Ziffer tritt, dann aber auch dahin, dass der Mindestlohn wenigstens für manche Klassen von Versicherten beträchtlich höher gesetzt wird. Dies wird klar, wenn man sich vergegenwärtigt, welche Tragweite es hat, dass der Mindestverdienst sich nach dem Verdienst einer gesunden Person „derselben Art mit ähnlicher Ausbildung“ bemessen soll.

Wenn auch die Ausdrücke „derselben Art“ und „mit ähnlicher Ausbildung“ der thatsächlichen Beurtheilung des einzelnen Falles einen gewissen Spielraum lassen und nicht etwa dazu nöthigen, nur genau dieselbe besondere Berufsstellung zu berücksichtigen, die der Rentenanwärter, insbesondere zuletzt eingenommen hat, so unterliegt es doch keinem Bedenken, dass nicht ein ganz anderes Erwerbsgebiet mit wesentlich abweichenden wirtschaftlichen Verhältnissen herangezogen werden darf. Unverkennbar bedeutet freilich hiernach die neue Begriffsbestimmung der Erwerbsunfähigkeit, wenn auch nicht, wie bereits erörtert, in Ansehung des dem Rentenbewerber noch erreichbaren Verdienstes, so doch in Ansehung der Verdienstgrenze eine gewisse Annäherung an den Gedanken der Berufsinvalidität. Obgleich auch künftig dem Facharbeiter die Verwerthung der ihm verbliebenen geminderten Arbeitskraft in anderen Beschäftigungszweigen zuzumuthen ist, wird er doch damit den nach seinem bisherigen Beruf bemessenen regelmässigen Durchschnittsverdienst, z. B. wegen ungünstigerer Lohnverhältnisse, weniger leicht erzielen, als nach dem Recht des Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetzes, mithin eher als invalide anzuerkennen sein. . . .“

### Sonstiges.

Der Invalidenrentenbewerber ist verpflichtet, sich ärztlich untersuchen zu lassen zur Feststellung seiner Invalidität, andernfalls muss er — wie die Entscheidung des Reichs-Versicherungsamts vom 9. Februar 1898 No. 671 ausführt — gewärtig sein, dass der nach Lage der Acten ungünstigste Schluss in Beziehung auf seinen Zustand gezogen wird:

„Das Schiedsgericht hat angenommen, dass der für das Gebiet der Unfallversicherung in den Recursentscheidungen 654, 1217 und 1219 ausgesprochene Grundsatz, wonach die Vereitelung einer Untersuchung durch den Verletzten bzw. Versicherten zur Folge hat, dass der nach Lage der Acten zulässige ungünstige Schluss bezüglich des Zustandes des Versicherten gezogen werden darf, auch auf dem Gebiete der Invaliditäts- und Altersversicherung Anwendung zu finden habe. Diese Auffassung ist rechtlich unbedenklich. Allerdings ist auf dem letzteren Gebiete naturgemäss die Anwendbarkeit dieses Grundsatzes eine beschränktere insofern, als es sich bei der Invaliditäts- und Altersversicherung lediglich um die Frage handelt, ob Invalidität vorliegt, bzw. ob sie nicht mehr vorliegt (§ 33 des Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetzes). Ebenso liegt es in der Natur der Sache, dass dieser Grundsatz, wie er bei der Unfallversicherung überwiegend in den Fällen des § 65 des Unfallversicherungsgesetzes praktisch wird, auch bei der Invaliditäts- und Altersversicherung hauptsächlich bei der Anwendung des § 33 des Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetzes in Frage kommen wird.

Der Umstand, dass im Gebiete der Unfallversicherung die Berufsgenossenschaft

entsagt, wie sie zur Mitgliedschaft bei dem Unfall eines Ver-  
sicherten vorzuerkennen ist. Im Uebrigen ist in den Fällen der erstmaligen  
Entscheidung auf beiden Gebieten die Lage des Versicherten gleichmässig dahin  
geändert, dass er einen Nachtheil erleidet, nicht weil er der Pflicht, eine Unter-  
suchung zu dulden, sich entzogen hat, sondern weil es ihm zur Last fällt, dass ein  
Beweis seines Anspruchs nothwendiger Beweis nicht erbracht ist bzw.  
nicht werden kann; insoweit läuft also die Anwendung des in Rede stehen-  
den Gesetzes im Wesentlichen auf eine Beweisfrage hinaus.“

In denjenigen ärztlichen Untersuchungen, die ein Versicherter zur  
Feststellung seiner Invalidität zu dulden verpflichtet ist, gehört auch  
die Ausspülung (Entscheidung des Reichs-Versicherungsamtes v. 3. Juli 1897).  
Die Ausspülung ist an und für sich zweifellos eine Maassregel, zu deren  
Erfüllung der Versicherte verpflichtet ist, im vorliegenden Falle würde es aber min-  
destens Billigkeit entsprechen haben, wenn das Schiedsgericht, bevor es aus der  
Ergebnisse dieser Ausspülung den Schluss zog, dass dauernde Erwerbsunfähigkeit  
vorliegt, den Kläger über die Folgen seiner Weigerung aufgeklärt hätte,  
so wie auch die Acten über die Gründe der Weigerung des Genannten,  
obwohl dieser Weise berechtigter oder ganz vorübergehender Natur sein konnten,  
zu sehen, und aus den Acten auch nicht hervorging, ob dem Kläger über den  
Bedeutung der bezeichneten ärztlichen Maassregel, betreffs deren bei ihm nicht ohne  
Zweifel die nöthigen Vorstellungen vorausgesetzt werden konnten, irgend welcher Auf-  
klärung bedurft war.“

Die Entscheidung des Reichs-Versicherungsamtes vom 25. Juni 1896 tritt  
den Verlust des Anspruchs auf Invalidenrente nicht ein, wenn sich  
dauernd erwerbsunfähiger Rentenbewerber dem ihm angebotenen Heil-  
verfahren entzieht. Andererseits ist nach der Entscheidung des Reichs-Versicherungs-  
amtes vom 10. Oktober 1896 eine Verurtheilung der Versicherungsanstalt  
zur Erstattung der Kosten des Heilverfahrens unzulässig; es handelt sich  
hier um eine unzulässige und Beitragserstattung.

Die unzulässige oder unberechtigte Rentenentziehung bei Weige-  
rung der Invalidenrentenempfänger, sich einer ärztlichen Prüfung zu unterziehen, ist

anerkannt werden, dass die Annahme begründet war, in den Verhältnissen sei eine Veränderung eingetreten, welche ihn nicht mehr als dauernd unfähig erscheinen lässt. Dies wird umsomehr dann verlangt werden, wenn es sich, wie im vorliegenden Falle, um die Unterbringung eines verheiratheten in einem Krankenhause zwecks Beobachtung handelt, wie ja auch durch § 47 des Invalidenversicherungsgesetzes in Verbindung mit den dort weiteren Vorschriften für den manche Vergleichungspunkte bietenden Verlauf eines Heilverfahrens bestimmt ist, dass der Empfänger einer Rente nur dann verpflichtet ist, sich einem Heilverfahren zu unterwerfen, wenn begründet ist, dass er bei Durchführung eines solchen die Erwerbsfähigkeit erlangen werde, dass ferner nur dann ihm Nachtheile erwachsen können, wenn sich den angeordneten Maassnahmen ohne gesetzlichen oder sonstigen Grund entzogen hat, dass endlich die Unterbringung eines verheiratheten Rentners in einem Krankenhause zwecks Durchführung des Heilverfahrens sogar der Zustimmung abhängig ist. Dass aber die Beklagte einen ausreichenden Grund der Annahme gehabt hätte, in den Verhältnissen des Klägers sei eine Veränderung eingetreten, welche ihn nicht mehr als erwerbsunfähig erscheinen lasse, zugeben. Das ärztliche Gutachten erklärt vielmehr ausdrücklich: „Ebenfalls zum Besseren gegenüber den früheren Verhältnissen scheint nicht etwas eingetreten zu sein“. Allerdings fährt es fort: „wenn nicht für die Bewilligung der Rente ein bestimmter Grund maassgebend gewesen ist, dass der Rentenempfänger damals bettun konnte, so kann diesem Zusatz ein Werth nicht beigelegt werden, da weder der Kläger behauptet hat, noch aus den Acten ersichtlich ist, dass der die Rente bewilligende Bescheid vom 6. März 1897 auf jenen Umstand sich stütze. Aber auch das Amtsvorsteher und der Vertrauensmänner enthalten nichts, was auf eine Veränderung in den Verhältnissen des Klägers gerechtfertigt erschiene. Musste sonach das Verlangen der Beklagten als ein der gesetzlichen Grundforderung entsprechendes angesehen werden, so konnte andererseits auch das Verhalten des Klägers als ein schuldhaftes nicht erachtet werden, und es durften ihm somit Nachtheile daraus erwachsen.“

Uebrigens würde die Vorentscheidung auch insofern gegen den oben erwähnten Grundsatz verstossen, als selbst dann, wenn die Weigerung des Klägers

Der Arbeitgeber hat die Ueberwachung des Gesundheitszustandes der beschäftigten Arbeiter einem, dem Aufsichtsbeamten (§ 139b der Gewerbeordnung) zu machenden approbirten Arzte zu übertragen, welcher viertelndestens einmal eine Untersuchung der Arbeiter vorzunehmen und den von jedem ermittelten Falle einer Erkrankung an Phosphornekrose in zu setzen hat.

Der Arbeitgeber ist verpflichtet, von jeder unter den Arbeitern vorkommenden Erkrankung an Phosphornekrose, sobald er durch den Fabrikarzt oder auf andere Weise in Kenntniss erhält, dem Aufsichtsbeamten schriftliche Anzeige zu erstatten. Der Arbeitgeber darf an der Phosphornekrose erkrankte Arbeiter nicht ferner in den im § 139b bezeichneten Räumen beschäftigen.“

Verordnung des Reichskanzlers, betreffend die Einrichtung und Betrieb der Bleifarben- und Bleizuckerfabriken, vom 8. Juli 1893 (Reichsbl., S. 213):

Der Arbeitgeber darf in Räumen, in welchen Bleifarben oder Bleizucker hergestellt oder verpackt werden, nur solche Personen zur Beschäftigung zulassen, welche eine Bescheinigung eines approbirten Arztes darüber beibringen, dass sie gesund sind, nicht mit Lungen-, Nieren- oder Magenleiden oder mit Alkoholismus erkrankt sind. Die Bescheinigungen sind zu sammeln, aufzubewahren und dem Aufsichtsbeamten (§ 139b der Gewerbeordnung) auf Verlangen vorzulegen.

Der Arbeitgeber hat die Ueberwachung des Gesundheitszustandes der beschäftigten Arbeiter einem, dem Aufsichtsbeamten (§ 139b der Gewerbeordnung) zu machenden approbirten Arzte zu übertragen, welcher monatlich einmal eine Untersuchung der Arbeiter vorzunehmen und den Arbeitgeber in dem Falle einer ermittelten Bleikrankheit in Kenntniss zu setzen hat. Der Arbeitgeber darf Arbeiter, bei welchen eine Bleikrankheit ermittelt ist, zu Beschäftigung in Räumen, in welchen sie mit bleiischen Stoffen oder Materialien in Berührung kommen, nicht zulassen, bis zu ihrer völligen Genesung nicht zulassen.

Der Arbeitgeber ist verpflichtet, ein Krankenbuch zu führen oder unter seiner Verantwortung für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Einträge durch den beauftragten Arzt oder Betriebsbeamten führen zu lassen. Das Krankenbuch muss enthalten: 1. Namen dessen, welcher das Buch führt; 2. den Namen des mit der



„§ 11. Der Arbeitgeber hat die Ueberwachung des Gesundheitszustandes der Chromatarbeiter einem dem Gewerbeaufsichtsbeamten namhaft zu machenden approbirten Arzte zu übertragen, welcher die Arbeiter mindestens einmal monatlich und zwar namentlich auf das Vorhandensein von Hautgeschwüren und Erkrankungen der Nasen- und Rachenhöhle zu untersuchen hat.

§ 12. Der Arbeitgeber hat darauf zu halten, dass die Arbeiter auf das Vorhandensein von wunden Hautstellen, selbst geringfügiger Art, insbesondere an ihren Händen, genau achten und zutreffenden Falles von dem Arzte oder einer von diesem als geeignet bezeichneten Person mit einem Schutzverbande versehen werden. Täglich vor Beginn oder während der Arbeit sind Hände, Vorderarme und Gesicht der Arbeiter durch eine solche Person zu besichtigen.

§ 13. Auf Anordnung des Arztes sind Arbeiter, welche Krankheitserscheinungen in Folge von Chromateinwirkung, z. B. Hautgeschwüre oder Anätzungen der Nasenschleimhaut, zeigen, bis zur völligen Heilung, solche Arbeiter aber, welche sich besonders empfindlich gegenüber den nachtheiligen Einwirkungen erweisen, dauernd von der Beschäftigung im Chromatetriebe fernzuhalten.

§ 14. Der Arbeitgeber ist verpflichtet, ein Krankenbuch zu führen oder unter seiner Verantwortung durch einen Betriebsbeamten führen zu lassen. Er haftet für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Einträge, soweit sie nicht vom Arzte bewirkt sind.

Das Krankenbuch muss enthalten:

1. den Namen dessen, welcher das Buch führt, 2. den Namen des mit der Ueberwachung des Gesundheitszustandes der Arbeiter beauftragten Arztes, 3. den Namen der erkrankten Arbeiter, 4. die Art der Erkrankung und der vorhergegangenen Beschäftigung, 5. den Tag der Erkrankung, 6. den Tag der Genesung oder, wenn der Erkrankte nicht wieder in Arbeit getreten ist, den Tag der Entlassung, 7. die Tage und Ergebnisse der im § 11 vorgeschriebenen allgemeinen ärztlichen Untersuchungen.

4. Bekanntmachung des Reichskanzlers, betreffend die Einrichtung und den Betrieb von Anlagen zur Herstellung elektrischer Akkumulatoren aus Blei oder Bleiverbindungen, vom 11. Mai 1898 (Reichs-Gesetzbl. S. 176):

„§ 18. Der Arbeitgeber hat die Ueberwachung des Gesundheitszustandes seiner Arbeiter einem dem Aufsichtsbeamten namhaft zu machenden approbirten Arzte zu übertragen, welcher die Arbeiter mindestens einmal monatlich auf die Anzeichen etwa vorhandener Bleierkrankung zu untersuchen hat.

Auf Anordnung des Arztes sind Arbeiter, welche Krankheitserscheinungen in Folge der Bleieinwirkung zeigen, bis zur völligen Genesung, solche Arbeiter aber, welche sich dieser Einwirkung gegenüber besonders empfindlich erweisen, dauernd von der Beschäftigung mit Blei oder Bleiverbindungen fern zu halten.

§ 19. Der Arbeitgeber ist verpflichtet, zur Kontrolle über den Wechsel und Bestand, sowie über den Gesundheitszustand der Arbeiter ein Buch zu führen oder durch einen Betriebsbeamten führen zu lassen. Er ist für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Einträge, soweit sie nicht vom Arzte bewirkt werden, verantwortlich.

Dieses Kontrollbuch muss enthalten:

1. Vor- und Zunamen, Alter, Wohnort, Tag des Ein- und Austritts jedes Arbeiters, sowie die Art seiner Beschäftigung, 2. den Namen dessen, welcher das Buch führt, 3. den Namen des mit der Ueberwachung des Gesundheitszustandes der Arbeiter beauftragten Arztes, 4. den Tag und die Art der Erkrankung eines Arbeiters, 5. den Tag seiner Genesung, 6. die Tage und die Ergebnisse der im § 18 vorgeschriebenen allgemeinen ärztlichen Untersuchungen.“

5. Bekanntm. d. R.s., betr. die Einrichtung und den Betrieb gewerblicher Anlagen, in denen Thomasschlacke gemahlen oder Thomasschlackenmehl gelagert wird, vom 25. April 1899 (Reichs-Gesetzbl., S. 267):

„§ 16. Der Arbeitgeber darf zu den im § 15 bezeichneten Arbeiten nur solche Personen einstellen, die ihm nicht als Gewohnheitstrinker bekannt sind und welche Bescheinigung eines von der höheren Verwaltungsbehörde dazu ermächtigten Arztes darüber beibringen, dass bei ihnen Krankheiten der Athmungsorgane nicht nachweisbar sind. Die Bescheinigungen sind zu sammeln, aufzubewahren und dem Aufsichtsbeamten (§ 139b der Gewerbeordnung) auf Verlangen vorzulegen.

§ 17. Der Arbeitgeber ist verpflichtet, zur Kontrolle über den Wechsel und den Gesundheitszustand der Arbeiter ein Buch zu führen oder sich einen Betriebsbeamten führen zu lassen. Er ist für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Einträge, soweit sie nicht etwa von einem Arzte bewirkt werden, verantwortlich.

Dieses Kontrollbuch muss enthalten:

1. den Namen dessen, welcher das Buch führt, 2. Vor- und Zunamen, Alter, Wohnort, Tag des Ein- und Austritts jedes Arbeiters, 3. den Tag und die Art der Erkrankung eines Arbeiters, 4. den Namen des Arztes, welcher den Arbeiter bei der Anmeldung etwa untersucht hat, 5. den Tag der Genesung eines Arbeiters oder seines Todes.“

6. Bekanntm. d. R.s., betr. die Einrichtung und den Betrieb der Kalkhütten, vom 6. Februar 1900 (R.-G.-Bl., S. 32):

§ 14. Der Arbeitgeber hat die Ueberwachung des Gesundheitszustandes seiner Arbeiter einem dem Gewerbeaufsichtsbeamten namhaft zu machenden approbirten Arzte zu übertragen, der mindestens einmal monatlich die Arbeiter im Betrieb aufsuchen und bei ihnen insbesondere auf die Anzeichen etwa vorhandener Blei- oder Zinnvergiftung zu achten hat.

Auf Anordnung des Arztes sind Arbeiter, welche Krankheitserscheinungen in Folge der Einwirkung des Betriebs, namentlich Zeichen von Bleivergiftung aufweisen, bis zur völligen Genesung, solche Arbeiter aber, die sich diesen Einwirkungen gegenüber besonders empfindlich erweisen, dauernd von der Beschäftigung in den Destillationsräumen, von den im § 8 bezeichneten Verrichtungen, sowie von den Arbeiten in der Beseitigung von Räumasche fernzuhalten.

§ 15 ordnet die Führung eines Kontrollbuches in derselben Weise an, wie § 17 für die Bekanntmachung unter 5.

### C. Fürsorge für Bergarbeiter.

1. Ueber Artikel 67 des Einführungsgesetzes zum bürgerlichen Gesetzbuche siehe Seite 751.

2. Reichs-Gesetz, betreffend die Verbindlichkeit zum Schadensersatz für die bei dem Betriebe von Eisenbahnen, Bergwerken u. s. w. Verbeigegeführten Tödtungen und Körperverletzungen. Vom 7. Juni 1871 (Reichs-Gesetzbl., S. 207).

§ 1. Wenn bei dem Betriebe einer Eisenbahn ein Mensch getödtet oder körperlich verletzt wird, so haftet der Betriebsunternehmer für den dadurch entstandenen Schaden, sofern er nicht beweist, dass der Unfall durch höhere Gewalt oder durch eigenes Verschulden des Getödteten oder Verletzten verursacht ist.

§ 2. Wer ein Bergwerk, einen Steinbruch, eine Gräberei (Grube) oder eine Fabrik betreibt, haftet, wenn ein Bevollmächtigter oder ein Repräsentant oder eine

einem Drittel der Gesamtleistung beträgt.

§ 5. Die in den §§ 1 und 2 bezeichneten Unternehmer sind r Anwendung der in den §§ 1 bis 3a enthaltenen Bestimmungen zu durch Verträge (mittelst Reglements oder durch besondere Uebereink auszuschliessen oder zu beschränken.

Vertragsbestimmungen, welche dieser Vorschrift entgegenstehe rechtliche Wirkung.

§ 6 ist durch § 13 Ziffer 3 des Einführungsgesetzes zur Civilp aufgehoben.

§§ 7—9 siehe Seite 750.

§ 10. Die Bestimmungen des Gesetzes, betreffend die Errichtun Gerichtshofes für Handelssachen, vom 12. Juni 1869, sowie die Er selben werden auf diejenigen bürgerlichen Rechtsstreitigkeiten ausged durch die Klage oder Widerklage ein Anspruch auf Grund des gegenw oder der in § 9 erwähnten landesgesetzlichen Bestimmungen gelten.

3. Ueber § 74 des Krankenversicherungsgesetzes siehe :

Ueber §§ 11 Absatz 2 und 3, 134 Absatz 2 des Unfallve gesetzes siehe SS. 806, 821.

Ueber §§ 34 Ziffer 4, 39, 52 des Invalidenversicherungsg; SS. 843, 847.

4. Allgemeines Berggesetz für die Preussischen 24. Juni 1865 (Gesetz-Sammlung, S. 705):

(Im Auszuge.)

VII. Theil.

Von den Knappschaftsvereinen.

§ 165. Für die Arbeiter aller dem gegenwärtigen Gesetze unte werke und Aufbereitungsanstalten, desgleichen für die Arbeiter der Knappschaftsvereine bestehen, welche den Zweck haben ihren Th deren Angehörigen nach näherer Bestimmung des Gesetzes Unterstü

den Vorschriften der §§ 170, 176 und 181 bis 186 in Uebereinstimmung zu liegen.

Die Besitzer und Arbeiter der Hüttenwerke und der dem gegenwärtigen Gesetze unterworfenen Aufbereitungsanstalten, welche bereits einem Knappschaftsvereine gehören, scheiden auf ihren gemeinschaftlichen Antrag aus dem Vereine aus.

§ 167. Die Bestimmung der Bezirke, für welche neue Knappschaftsvereine gegründet werden sollen, hängt zunächst von dem Beschlusse der Betheiligten ab. In hierüber eine Einigung nicht erzielt werden, so entscheidet das Ober-Bergamt nach Anhörung der Werksbesitzer und eines von den Arbeitern zu wählenden Ausschusses.

§ 168. Alle in dem Bezirke eines bereits bestehenden oder neu gegründeten Knappschaftsvereins belegenen Bergwerke, Aufbereitungsanstalten und Salinen (165) und die auf denselben beschäftigten Arbeiter sind dem Vereine nach näherer Bestimmung des Statuts beizutreten berechtigt und verpflichtet.

§§ 169—170 handeln vom Vereinsstatut.

§ 171. Die Leistungen, welche jeder Knappschaftsverein nach näherer Bestimmung des Statuts seinen vollberechtigten Mitgliedern mindestens zu gewähren hat, sind:

1. in Krankheitsfällen eines Knappschaftsgenossen freie Cur und Arznei für eine Person,
2. ein entsprechender Krankenlohn bei einer ohne eigenes grobes Verschulden entstandenen Krankheit,
3. ein Beitrag zu den Begräbnisskosten der Mitglieder und Invaliden,
4. eine lebenslängliche Invaliden-Unterstützung bei einer ohne grobes Verschulden eingetretenen Arbeitsunfähigkeit,
5. eine Unterstützung der Wittwen auf Lebenszeit, beziehungsweise bis zur etwaigen Wiederverheirathung,
6. eine Unterstützung zur Erziehung der Kinder verstorbener Mitglieder und Invaliden bis nach zurückgelegtem vierzehnten Lebensjahre.

Für die Mitglieder der am wenigsten begünstigten Klasse sind mindestens die unter 1 und 2 genannten Leistungen und, wenn sie bei der Arbeit verunglücken, auch die unter 3 und 4 genannten zu gewähren.

§ 172. Für die Leistungen unter 1, 2 und 3 des § 171 oder für einzelne derselben können nach dem gemeinschaftlichen Beschlusse der Werksbesitzer, der Knappschaftsältesten und des Knappschaftsvorstandes besondere Krankenkassen auf sämtlichen zu einem Knappschaftsvereine gehörigen Werken und zwar auf jedem einzelnen Werke oder gruppenweise auf mehreren eingerichtet werden.

Die für die Krankenkassen nach Vorschrift des § 169 aufzustellenden Statuten unterliegen der daselbst erwähnten Bestätigung.

Die Beaufsichtigung der Krankenkassen gehört zu den Obliegenheiten des Knappschaftsvorstandes. In den Statuten des Knappschaftsvereins sind die näheren Bestimmungen hierüber, sowie über die bei der Abzweigung der Krankenkassen eintretende Herabsetzung der Beiträge zur Hauptkasse zu treffen.

§ 173. Die Ansprüche der Berechtigten auf die Leistungen der Knappschafts- und der Krankenkassen können weder an Dritte übertragen, noch auch mit Arrest belegt werden.

§ 174. Sowohl die Arbeiter als auch die Werksbesitzer haben zu den Knappschafts- und den Krankenkassen Beiträge zu leisten. § 175. Die Beiträge der Arbeiter sollen in einem gewissen Procentsatze ihres Arbeitslohns oder in einem entsprechenden Fixum bestehen. Die Beiträge der Werksbesitzer sollen mindestens die Hälfte des Beitrags der Arbeiter ausmachen. § 176. Die Werksbesitzer sind

bei Vermeidung des gegen sie selbst zu richtenden Zwangsverfahrens verpflichtet, für die Einziehung und Abführung der Beiträge ihrer Arbeiter aufzukommen. Auch haben die Werksbesitzer ihre Arbeiter regelmässig an den durch das Statut festzusetzenden Zeitpunkten bei dem Knappschaftsvorstande anzumelden. Unterbleibt die Anmeldung, so ist der Vorstand befugt, die Zahl der Arbeiter, für welche die Beiträge zur Knappschaftskasse eingezogen werden sollen, nach seinem Ermessen zu bestimmen oder bei dem Ober-Bergamte den Erlass eines Strafbefehls gegen den säumigen Werksbesitzer in Antrag zu bringen. § 177. Alle Beiträge zur Knappschaftskasse wie zu den Krankenkassen können, auf vorgängige Festsetzung durch das Ober-Bergamt, im Wege der Verwaltungsexecution eingezogen werden. Durch Beschreitung des Rechtsweges wird die Execution nicht aufgehalten. § 178. Die Verwaltung eines jeden Knappschaftsvereins erfolgt unter Betheiligung von Knappschaftsältesten durch einen Knappschaftsvorstand. § 179. Die Knappschaftsältesten werden von den zum Vereine gehörigen Arbeitern und Beamten in einer durch das Statut bestimmten Zahl aus ihrer Mitte gewählt. Auch den invaliden Arbeitern und Beamten kann die Wählbarkeit durch das Statut beigelegt werden. Die Knappschaftsältesten vertreten die Knappschaftsmitglieder bei der Wahl des Vorstandes und haben im Allgemeinen das Recht und die Pflicht, einerseits die Befolgung des Statuts durch die Knappschaftsmitglieder zu überwachen und andererseits die Rechte der Letzteren gegenüber dem Vorstande wahrzunehmen. Das Statut oder eine besondere Instruction (§ 181) regelt ihre Dienstobliegenheiten. § 180. Die Mitglieder des Knappschaftsvorstandes werden nach näherer Bestimmung des Statuts zur einen Hälfte von den Werksbesitzern, beziehungsweise von den Repräsentanten, und zur andern Hälfte von den Knappschaftsältesten je aus ihrer Mitte oder aus der Zahl der Königlichen oder Privat-Bergbeamten gewählt. § 181. Der Knappschaftsvorstand vertritt den Verein nach aussen, leitet die Wahlen der Knappschaftsältesten, erwählt die Beamten und Aerzte des Vereins, schliesst die Verträge mit denselben, sowie mit den Apothekern ab, erlässt die erforderlichen Instructionen, verwaltet das Vermögen des Vereins und besorgt alle übrigen, ihm durch das Statut übertragenen Geschäfte. § 182. Die jährlich zu legenden Rechnungen müssen nach vorgängiger Prüfung durch den Vorstand den Knappschaftsältesten und den Werksbesitzern zur Einsicht und etwaigen Erklärung offen gelegt werden, bevor der Vorstand dem Kassenbeamten die Entlastung erteilt. § 183. Die Ober-Bergämter haben die Beobachtung der Statuten und insbesondere die statutenmässige Verwaltung des Vermögens zu überwachen. § 184. Zur Ausübung dieses Aufsichtsrechts ernennt das Ober-Bergamt für jeden Knappschaftsverein einen Commissar. Derselbe ist befugt, allen Sitzungen des Knappschaftsvorstandes, welche ihm zu diesem Zwecke mindestens drei Tage vorher anzuzeigen sind, beizuwohnen und jeden statutenwidrigen Beschluss zu suspendiren. Von einer solchen Suspension muss er dem Ober-Bergamte Anzeige machen. § 185. Der Knappschaftsvorstand ist jederzeit verpflichtet, dem Ober-Bergamte und dessen Commissar auf Verlangen die Einsicht der über seine Verhandlungen zu führenden Protokolle der Kassenbücher und der gelegten Rechnungen, sowie die Revision der Kasse zu gestatten. Auch hat derselbe dem Ober-Bergamte die zur Statistik des Knappschaftswesens erforderlichen Nachrichten zu geben. § 186. Beschwerden über die Verwaltung des Vorstandes sind bei dem Ober-Bergamte und in der weitem Instanz bei dem Handelsminister anzubringen.

#### Neunter Titel. Zweiter Abschnitt.

##### Von dem Verfahren bei Unglücksfällen.

§ 204. Ereignet sich auf einem Bergwerke unter oder über Tage ein Unglücksfall, welcher den Tod oder die schwere Verletzung einer oder mehrerer Personen

geln trägt der Besitzer des betreffenden Bergwerks, vorbehaltlich des Regress-  
rechts gegen Dritte, welche den Unglücksfall verschuldet haben.

#### **D. Fürsorge für Dienstboten.**

Ueber Artikel 95 des Einführungsgesetzes zum Bürgerlichen  
Gesetzbuch, welcher das Inkraftverbleiben der landesgesetzlichen Bestimmungen  
des Gesinderechts ausspricht, siehe S. 751.

Ueber die §§ 616—619 des Bürgerlichen Gesetzbuches, welche vom  
berechtigten und Dienstverpflichteten handeln, siehe S. 747.

Ueber die §§ 4, 26a Ziffer 5 des Krankenversicherungsgesetzes  
(Versicherungsrecht der Dienstboten) siehe SS. 764, 772, 773.

Gesinde-Ordnung für sämtliche Provinzen der Preussischen  
Monarchie vom 8. November 1810 (Gesetz-Sammlung, S. 101):

(Im Auszuge.)

82. Die Herrschaft ist schuldig, dem Gesinde Lohn und Kleidung zu den be-  
stimmten Zeiten ungesäumt zu entrichten. § 83. Ist auch Kost versprochen worden,  
so soll selbige bis zur Sättigung gegeben werden. Offenbar der Gesundheit nach-  
theilige und ekelhafte Speisen kann das Gesinde anzunehmen nicht gezwungen  
werden. In Fällen, wo über die Beköstigung Streit entsteht, entscheidet in Ermange-  
lung einer Verabredung die Polizeiobrigkeit wie § 33, über die Menge und Be-  
schaffenheit derselben. § 85. Sie muss ihm nicht mehrere noch schwerere Dienste  
aufbürden, als das Gesinde nach seiner Leibesbeschaffenheit und seinen Kräften ohne  
Verletzung seiner Gesundheit bestreiten kann. § 86. Zieht ein Dienstherr sich durch  
Unvorsicht oder bei Gelegenheit desselben eine Krankheit zu, so ist die Herrschaft  
schuldig, für seine Cur und Verpflegung zu sorgen. § 87. Dafür darf dem Gesinde  
kein Lohn nichts abgezogen werden. § 88. Ausserdem ist die Herrschaft zur  
Pflege für kranke Dienstboten nur alsdann verpflichtet, wenn dieselben keine Ver-  
wandten in der Nähe haben, die sich ihrer anzunehmen vermögend und nach den  
Umständen schuldig sind. § 89. Weigern sich die Verwandten dieser Pflicht, so muss  
die Herrschaft dieselbe einstweilen, und bis zum Austrage der Sache, mit Vorbehalt

Herrschaft ein Gesinde sofort entlassen. . . . § 120 (12), wenn das durch lüderliche Aufführung ansteckende oder ekelhafte Krankheiten zu § 133 (17). Wenn ein Gesinde weiblichen Geschlechts schwang, welchem Falle jedoch der Obrigkeit Anzeige geschehen und die wirklich nicht eher, als bis von dieser die gesetzmässigen Anstalten zur Verhütung glücks getroffen worden, erfolgen muss. § 136. Das Gesinde kann der vorhergehende Aufkündigung verlassen: 1. Wenn es durch Misshandlung Herrschaft in Gefahr des Lebens oder der Gesundheit versetzt worden. Wenn der Diensthof durch schwere Krankheit zur Fortsetzung des Dienstes unmöglich wird.

## **E. Fürsorge für Schiffsmannschaften und Passagiere**

### **1. Deutsche Seemannsordnung vom 27. December**

(Reichs-Gesetzbl., S. 409.)

(Im Auszug.)

§ 48. Falls der Schiffsmann nach Antritt des Dienstes erkrankt oder verwundet wird, so trägt der Rheder die Kosten der Verpflegung und Heilung:

1. Wenn der Schiffsmann wegen Krankheit oder Verwundung den Dienst antritt, bis zum Ablauf von 3 Monaten seit der Erkrankung oder Verwundung;
2. wenn er die Reise antritt und mit dem Schiffe nach einem deutschen Hafen zurückkehrt, bis zum Ablauf von 3 Monaten seit der Rückkehr;
3. wenn er die Reise antritt und mit dem Schiffe zurückkehrt, wenn das Schiffe jedoch nicht in einem deutschen Hafen endet, bis zum Ablauf von 3 Monaten, seit der Weiterreise des Schiffes.

Auch gebührt dem Schiffsmann, falls er nicht mit dem Schiffe nach dem deutschen Hafen zurückkehrt, von welchem das Schiff seine Ausreise angetreten hat, freie oder billige Verpflegung nach diesem Hafen (§§ 65 und 66), oder nach Wahl des Schiffsmannes eine entsprechende Vergütung.

## 1. Allgemeine Bestimmungen.

### Umfang der Versicherung.

#### § 1. Personen, welche

1. auf deutschen Seefahrzeugen als Schiffer, Personen der Schiffsmannschaft, Maschinenisten, Aufwärter oder in anderer Eigenschaft zur Schiffsbesatzung gehören (Mannschafte), Schiffer jedoch nur, sofern sie Lohn oder Gehalt beziehen, 2. ohne zur Schiffsbesatzung zu gehören, auf deutschen Seefahrzeugen in inländischen Häfen beschäftigt werden, soweit sie nicht auf Grund anderer gesetzlicher Bestimmungen von einem Unfall versichert sind, 3. in inländischen Betrieben schwimmender Docks und anderer Einrichtungen, sowie in inländischen Betrieben für die Ausübung des Lootsenwesens, für die Rettung oder Bergung von Personen oder Sachen bei Schiffbrüchen, die Bewachung, Beleuchtung oder Instandhaltung der dem Seeverkehr dienenden Wasserwerke beschäftigt sind, werden gegen die Folgen der bei dem Betriebe sich ereignenden Unfälle einschliesslich derjenigen Unfälle, welche während des Betriebes in Folge von Elementarereignissen eintreten, nach Maassgabe der Bestimmungen dieses Gesetzes versichert. Auf Personen in Seeschiffahrts- und anderen unter Abs. 1 fallenden Betrieben, welche wesentliche Bestandtheile eines der Unfallversicherung unterliegenden sonstigen Betriebs sind, findet dieses Gesetz keine Anwendung. Von den Bestimmungen der §§ 4 ff. sind ferner ausgeschlossen die im § 1 des Gesetzes, betreffend die Fürsorge für Beamte und Personen des Soldatenstandes in Folge von Betriebsunfällen, vom 15. März 1886 (Reichs-Gesetzbl. S. 53) bezeichneten Personen, Beamte, welche in Betriebsverwaltungen eines Bundesstaats oder eines Communalverbandes mit festem Gehalt und Pensionsberechtigung angestellt sind, sowie andere Beamte eines Bundesstaats oder Communalverbandes, für welche die im § 12 a. a. O. vorgesehene Fürsorge in Kraft getreten ist. Welche Betriebe im Sinne dieses Gesetzes versicherungspflichtig sind, bestimmt im Zweifel nach Anhörung des Genossenschaftsvorstandes (§ 41) das Reichs-Versicherungsamt.

§ 2. Die Versicherung erstreckt sich auf häusliche und andere Dienste, zu welchen versicherte Personen neben der Beschäftigung im Betriebe von ihren Arbeitgebern oder von deren Beauftragten herangezogen werden, sowie auf Dienstleistungen



letzteren mit den aus § 53 des Gewerbe-Unfallversicherungsgesetzes sich ergebenden Rechtswirkungen aus. Rheder im Sinne dieses Gesetzes sind die Eigenthümer der unter dasselbe fallenden Fahrzeuge, sofern eine Rhederei besteht (§ 489 des Handelsgesetzbuchs), die Rhederei.

§ 4. Die Versicherung gilt für die Zeit vom Beginne bis zur Beendigung des Dienstverhältnisses einschliesslich der Beförderung vom Lande zum Fahrzeuge und vom Fahrzeuge zum Lande. Die Versicherung erstreckt sich auch auf Unfälle, welche die nach § 1 versicherten Personen auf einem deutschen Seefahrzeug, auf welchem sie beschäftigt sind, ohne zur Besatzung desselben zu gehören, bei dem Betrieb erleiden, sowie auf Unfälle, welche deutsche Seeleute bei der auf Grund des Handelsgesetzbuchs oder der Seemannsordnung vom 27. December 1872 (Reichs-Gesetzbl. S. 409) oder des Gesetzes, betreffend die Verpflichtung deutscher Kauffahrteischiffe zur Mitnahme hülfbedürftiger Seeleute, vom 27. December 1872 (Reichs-Gesetzbl. S. 432) ihnen gewährten freien Zurückbeförderung oder Mitnahme auf deutsche Seefahrzeugen erleiden. Im Falle des Flaggenwechsels gilt als Beendigung des Dienstverhältnisses der Zeitpunkt, in welchem der Versicherte seine Entlassung beanspruchen durfte. Ausgeschlossen von der Versicherung sind Unfälle, welche der Versicherte während einer Zeit erleidet, in welcher er sich pflichtwidrig von Bord entfernt hatte, oder welche er während eines Urlaubs an Land erleidet, wenn er in eigener Angelegenheit das Schiff verlassen hat.

§ 5. Durch das Statut kann die Versicherungspflicht auf die Rheder erstreckt werden, sofern sie zur Besatzung des Fahrzeugs gehören und die letzere ausser ihnen regelmässig nicht mehr als zwei Personen umfasst. Rheder, welche nicht schon nach den vorstehenden Bestimmungen versichert sind, Lootsen, welche ihr Gewerbe für eigene Rechnung betreiben, sowie die Unternehmer der übrigen nach § 1 versicherten Betriebe sind berechtigt, sich selbst gegen die Folgen der bei dem Betriebe sich ereignenden Unfälle nach Maassgabe der Vorschriften dieses Gesetzes zu versichern.

§ 6. Die Versicherung erstreckt sich auf einen Jahresarbeitsverdienst bis einschliesslich dreitausend Mark. Durch das Statut (§ 37) kann die Versicherung auf einen höheren Jahresarbeitsverdienst erstreckt werden.

§ 7. Durch Statut kann ferner bestimmt werden, dass und unter welchen Bedingungen gegen die Folgen der bei dem Betrieb oder Dienste sich ereignenden Unfälle versichert werden können a) im Betriebe beschäftigte, aber nach §§ 1 oder 2 nicht versicherte Personen durch den Betriebsunternehmer; b) nicht im Betriebe beschäftigte, aber die Betriebsstätte besuchende oder auf derselben verkehrende Personen durch den Betriebsunternehmer oder den Vorstand der Berufsgenossenschaft (§ 32); c) Organe und Beamte der Berufsgenossenschaft durch deren Vorstand.

#### Gegenstand der Versicherung und Umfang der Entschädigung.

§§ 8—9 gleich §§ 8—9 des Gewerbeunfallversicherungsgesetzes siehe S. 865. §§ 10—13 handeln vom Jahresarbeitsverdienst und von dem anrechnungsfähigen Betrag.

§ 14. Den unter § 1 fallenden Personen, welche nach den Bestimmungen des Krankenversicherungsgesetzes gegen Krankheit versichert sind, ist im Falle eines Betriebsunfalls vom Beginne der fünften bis zum Ablaufe der dreizehnten Woche nach dem Eintritte des Unfalls ein Krankengeld von mindestens zwei Dritteln des bei der Berechnung zu Grunde gelegten Arbeitslohns zu gewähren. Die Differenz zwischen diesen zwei Dritteln und dem gesetzlich oder statutengemäss zu gewährenden niedrigeren Krankengeld ist der betheiligten Krankenkasse (Gemeindekrankenversicherung) von dem Unternehmer desjenigen Betriebs zu ersetzen, in welchem der

Sorge richtet sich bei Seeleuten nach den Bestimmungen des § 600 des Seesetzbuchs und der §§ 48 ff. der Seemannsordnung, bei den sonstigen nach herten Personen nach den Bestimmungen der §§ 6, 7 des Krankenversicherungsgesetzes und den Bestimmungen des vorstehenden Absatzes über den bei Ungewährten Mehrbetrag des Krankengeldes. Die Berufsgenossenschaft dem Unternehmer obliegenden Leistungen ganz oder theilweise statt des übernehmen. Der Unternehmer hat in diesem Falle der Berufsgenossenschaft leisten. Dabei gilt als Ersatz der im § 9 Absatz 1 Ziffer 1 bezeichneten Leistungen bei den Seeleuten die Hälfte desjenigen Betrags, der für die Unterbringung Verletzten in einem Krankenhaus am Sitze der zuständigen Section aufzuwenden wäre, bei den sonstigen Personen die Hälfte desjenigen Krankengeldes, welches dem Verletzten nach § 6 Absatz 1 Ziffer 2 des Krankenversicherungsgesetzes zustehen würde, wenn er nach dessen Bestimmungen versichert wäre.

§ 13 siehe S. 807.

5. Die Berufsgenossenschaft ist befugt, gegen Ersatz der Kosten demjenigen Unternehmer, welchem die Fürsorge für die ersten Wochen nach dem Unfall obgelegen hat, oder derjenigen Krankenkasse, welcher der Verletzte vorher zuletzt angehört hat, die Fürsorge für den Verletzten bis zur Beendigung der Behandlung in demjenigen Umfange zu übertragen, welchen die Berufsgenossenschaft geboten erachtet. Zu ersetzen ist bei Gewährung der im § 9 Absatz 1 bezeichneten Leistungen für die Dauer eines Jahres der vierte Theil des Arbeitsverdienstes (§§ 10 bis 12), bei Unterbringung des Verletzten in ein Krankenhaus oder in eine Anstalt für Genesende drei Viertel dieses Jahresarbeitsverdienstes, sofern nicht höhere Aufwendungen nachgewiesen werden. Haben Krankenkassen oder Verbände von Krankenkassen Heilanstalten errichtet, in welchen entsprechende Einrichtungen für die Heilung der durch Unfall herbeigeführten Verletzungen sind, so kann die Landes-Centralbehörde anordnen, dass die Mitglieder der betreffenden Kassen bis zum Beginne der vierzehnten Woche nach Eintritt des Unfalls nur mit Genehmigung der Vorstände dieser Kassen in andere Heilanstalten übergeführt werden dürfen. Verletzte Personen, welche auf Veranlassung von Krankenkassen, Verbänden von Krankenkassen oder von Organen der Berufs-

gegangen wird, und soweit es sich um Erstattungen handelt, das Heimathshafens. Gegen die Entscheidung des Seemannsamts findet das Reichs-Versicherungsamt statt. Das Rechtsmittel ist bei der Entscheidung eines Monats nach Zustellung der Entscheidung einzulegen. Die vorläufig vollstreckbar, soweit es sich um Streitigkeiten über Fürsorge handelt.

Im Uebrigen werden Streitigkeiten der im Absatz 2 bezeichneten sich um Ersatzansprüche handelt, nach § 58 Absatz 2 des Krankenversicherungsgesetzes, im Uebrigen nach § 58 Absatz 1 des Krankenversicherungsgesetzes, und zwar in den Fällen des § 14 Absatz 2 von der für den Beschäftigungsort zuständigen Aufsichtsbehörde. Gegen die Entscheidungen der Aufsichtsbehörde, so wird die zur Entscheidung des Streitfalls berufene für den Beschäftigungsort zuständige höhere Verwaltungsbehörde.

§ 21. Im Falle der Tödtung ist als Schadensersatz ausserdem

1. sofern nicht nach § 554 des Handelsgesetzbuchs oder § 555 des Handelsgesetzbuchs die Bestattungskosten zu tragen hat, und sofern auf dem Lande erfolgt, als Sterbegeld für Seeleute zwei Drittel des nach Absatz 1 für den Monat ermittelten Durchschnittsverdienstes, für § 1 versicherten Personen der fünfzehnte Theil des nach § 11, geltenden Jahresarbeitsverdienstes, jedoch mindestens ein Betrag von

2. eine den Hinterbliebenen vom Todestage des Verstorbenen zu zahlende Rente. Dieselbe besteht nach näherer Bestimmung der §§ 22 bis 24 in Theile seines nach §§ 10 bis 12 ermittelten Jahresarbeitsverdienstes

Der Anspruch auf Sterbegeld steht demjenigen zu, welcher den Verstorbenen besorgt hat.

Ist bei den im § 11 bezeichneten Personen der der Berechnung zugrunde gelegte Jahresarbeitsverdienst in Folge eines früher erlittenen, nach den Bestimmungen über Unfallversicherung entschädigten Unfalls vor diesem Unfälle bezogene Lohn, so ist die aus Anlass des früher bezogenen Lohnes bezogene Rente dem Jahresarbeitsverdienste bis zur Höhe der Rentenfeststellung zu Grunde gelegten Jahresarbeitsverdienstes hinzuzurechnen.

#### IV. Feststellung und Auszahlung der Entschädigung. Anzeige und Untersuchung der Unfälle.

5. Jeder Unfall, durch welchen eine auf dem Fahrzeuge beschäftigte Person eise getödtet wird, oder eine Körperverletzung erleidet, die eine völlige oder : Arbeitsunfähigkeit von mehr als drei Tagen oder den Tod zur Folge hat, : Schiffsjournal (Tagebuch, Loggbuch) einzutragen und in dem letzteren m besonderen Anhange zu demselben kurz zu beschreiben. Ist ein Journal führen, so hat der Schiffsführer eine besondere Nachweisung über die an : ereignenden Unfälle, welche die im Absatz 1 bezeichneten Folgen haben, zu Von jeder Eintragung eines Unfalls, welchen eine auf dem Fahrzeuge beschäf- son auf der Reise erleidet, hat der Schiffsführer dem Seemannsamte, bei es zuerst geschehen kann, eine von ihm beglaubigte Abschrift zu übergeben. sen kann das Journal oder die Nachweisung dem Seemannsamte zur Ent- ner Abschrift der Eintragung vorgelegt werden. Das Seemannsamt hat das oder die Nachweisung binnen vierundzwanzig Stunden zurückzugeben. : sich der Unfall im Inlande vor Antritt oder nach Beendigung der , hat der Schiffsführer binnen zwei Tagen nach dem Tage, an welchem er Unfälle Kenntniss erlangt hat, dem Seemannsamt oder, falls ein solches am Unfalls nicht vorhanden ist, der Ortspolizeibehörde und dem durch das bestimmenden Genossenschaftsorgane von dem Unfall Anzeige zu machen. mannsamt beziehungsweise die Ortspolizeibehörde hat diese Abschriften igen dem Seemannsamte des Heimathshafens zu übersenden.

6. Die Unternehmer der übrigen unter § 1 fallenden Betriebe haben binnen 65 Absatz 4 bezeichneten Frist von den in ihren Betrieben sich ereignenden welche die im § 65 Absatz 1 bezeichneten Folgen haben, bei der Orts- hörde, in deren Bezirke sich der Unfall ereignet hat, Anzeige zu machen. Betriebsunternehmer kann Derjenige, welcher zur Zeit des Unfalls den der den Betriebstheil, in welchem sich der Unfall ereignete, zu leiten hatte, ige erstatten; im Falle der Abwesenheit oder Behinderung des Betriebs-

Berufsgenossenschaft oder der beteiligten Krankenkasse, von einem Seemannsamt oder von einer Ortspolizeibehörde des Inlandes nach 'näherer Bestimmung der §§ 69 bis 73 einer Untersuchung zu unterziehen, durch welche festzustellen sind: 1. die Veranlassung und die Art des Unfalls, 2. die getödteten oder verletzten Personen, 3. die Art der vorgekommenen Verletzungen, 4. der Verbleib der verletzten Personen, 5. die Hinterbliebenen der durch den Unfall getödteten oder nach dem Unfall verschollenen und die Angehörigen der durch den Unfall verletzten Personen, welche auf Grund dieses Gesetzes einen Entschädigungsanspruch erheben können, 6. die Höhe der Renten, welche der Verletzte etwa auf Grund der Unfallversicherungsgesetze oder des Invalidenversicherungsgesetzes bezieht.

Auf Antrag des Vorstandes der Genossenschaft oder der Section oder der beteiligten Krankenkasse hat das Seemannsamt oder die Ortspolizeibehörde die Untersuchung auch dann vorzunehmen, wenn sie die Voraussetzung des ersten Absatzes nicht als gegeben ansieht.

§ 69. Ist die Untersuchung im Auslande zu führen, so hat der Schiffsführer vor demjenigen deutschen Seemannsamte (Consulat), vor welchem es zuerst geschehen kann, unter Zuziehung von zwei Schiffsofficieren oder anderen glaubhaften Personen über die nach § 68 festzustellenden Thatsachen eine eidesstattliche Erklärung abzugeben. Das Seemannsamt ist befugt, zur Feststellung des Sachverhalts auch andere als die von dem Schiffsführer zugezogenen Personen eidesstattlich zu vernehmen, sowie sonstige Untersuchungsverhandlungen herbeizuführen.

Ist die Untersuchung im Inlande zu führen, so ist dieselbe von dem Schiffsführer bei einem Seemannsamte oder, wo ein solches nicht vorhanden ist, bei einer Ortspolizeibehörde des Inlandes zu beantragen. Die angerufene Behörde hat die Untersuchung zu führen.

Bei Unfällen in anderen unter § 1 fallenden Betrieben, welche nicht Seeschiffahrtbetriebe sind, erfolgt die Untersuchung durch diejenige Ortspolizeibehörde, an welche die Unfallanzeige (§ 66 Absatz 1) erstattet war. Auf Antrag Betheiligter (§ 70) kann die höhere Verwaltungsbehörde die Untersuchung einem anderen Seemannsamte oder einer anderen Ortspolizeibehörde übertragen. Bei den unter Reichs- oder Staatsverwaltung stehenden Betrieben hat die vorgesetzte Dienstbehörde die Untersuchung zu führen oder einer anderen Behörde zu übertragen. Auf die Verpflichtung der Schiffsmannschaft zur Mitwirkung bei diesen Erklärungen und Verhandlungen finden die Bestimmungen des § 33 der Seemannsordnung entsprechende Anwendung.

§ 70. Zu den Untersuchungsverhandlungen (§ 69) sind, soweit dies ausführbar, der Verletzte, beziehungsweise dessen Hinterbliebene oder ein von ihnen zu bestellender Vertreter, ein Vertreter der Genossenschaft und sonstige Betheiligte zu laden und auf Antrag des Betriebsunternehmers, des Schiffsführers oder des Vertreters der Genossenschaft Sachverständige zuzuziehen. Ist die Genossenschaft in Sectionen getheilt oder sind von der Genossenschaft Vertrauensmänner bestellt, so kann die Mittheilung von der Einleitung der Untersuchung an den Sectionsvorstand, beziehungsweise an den Vertrauensmann gerichtet werden. Die Kosten für die Zuziehung von Sachverständigen fallen der Genossenschaft zur Last.

§ 71. Durch eine Verklärung (§§ 522 ff. des Handelsgesetzbuchs) wird die eidesstattliche Erklärung, sowie die Unfalluntersuchung ersetzt, wenn bei der Verklärung den Bestimmungen der §§ 68, 70 genügt ist.

§ 72. Beglaubigte Abschrift der Unfalluntersuchungsverhandlung (§ 69) oder Verklärung (§ 71) ist von der Behörde sobald als möglich dem Vorstände der Berufsgenossenschaft zu übersenden. Der Vorstand hat den Betheiligten auf ihren Antrag

erhebungen vorzunehmen, welche keinen Aufschub dulden (§ 15 a. a. Ö.),  
alle Unfälle erstreckt, welche die im § 68 erwähnten Folgen haben.  
en (§ 14 des Gesetzes vom 27. Juli 1877) sind bei Unfällen der  
t, unbeschadet der bei Seeunfällen bestehenden Verpflichtung, einem zu-  
Seeamt Anzeige zu machen, an den Genossenschaftsvorstand zu richten.  
Ablauf von sechs Monaten seit der Kenntniss von dem Unfall eine  
igung über die Einleitung einer Unfalluntersuchung nicht eingetroffen ist,  
Untersuchungsverhandlungen von dem Seemannsamt des Heimathshafens

#### Feststellung der Entschädigungen.

Die Beschlussfassung über die Feststellung der Entschädigungen (§§ 8  
lgt:

fern die Genossenschaft in Sectionen eingetheilt ist, durch den Vorstand  
, wenn es sich handelt a) um die im § 9 Absatz 1 Ziffer 1 bezeichneten  
b) um die für die Dauer einer voraussichtlich vorübergehenden Erwerbs-  
zu gewährende Rente, c) um das Sterbegeld, d) um die Aufnahme des  
in eine Heilanstalt, e) um die den Angehörigen eines Verletzten für die  
Behandlung in einer Heilanstalt zu gewährende Rente;

allen übrigen Fällen durch den Vorstand der Genossenschaft.

ndig ist die Section, in deren Bezirke der Heimathshafen desjenigen Fahr-  
en ist, oder derjenige Betrieb seinen Sitz hat, bei welchem der Unfall sich

Das Genossenschaftsstatut kann bestimmen, dass die Feststellung in  
des Absatz 1 Ziffer 1 und 2 durch ein anderes Organ der Genossenschaft  
einen Ausschuss des Genossenschafts- oder Sectionsvorstandes oder durch  
Commissionen oder durch örtliche Beauftragte (Vertrauensmänner) zu be-

auf Grund eines ärztlichen Gutachtens die Bewilligung einer Entschädi-  
ghnt oder nur eine Theilrente festgestellt werden, so ist vorher der behan-  
zu hören. Steht dieser zu der Genossenschaft in einem Vertragsverhält-

Verwaltungsbehörde unverzüglich dem zuständigen Genossenschaftsorgane bekannt zu geben; dieses hat bis zum Eingange des Protokolls den Bescheid auszusenden.

Bei den im Absatz 1 bezeichneten Mittheilungen hat das zuständige Genossenschaftsorgan auf die aus Absatz 2 und aus § 74 Absatz 3 sich ergebenden Befehle sowie auf die im Absatz 2 vorgesehene Frist hinzuweisen.

§ 76 gleich §§ 71 siehe S. 813.

§ 77. Entschädigungsberechtigte, für welche die Entschädigung nach dem Amtswegen festgestellt ist, haben ihren Entschädigungsanspruch bei Vermeidung des Ausschlusses vor Ablauf von zwei Jahren nach dem Eintritte des Unfalls oder der Anspruch von Hinterbliebenen solcher Versicherten erhoben wird, wenn ein für verschollen zu erachtendes Schiff gefahren sind, vor Ablauf von zwei Jahren nach Ablauf der Verschollenheitsfristen (§§ 862, 863 des Handelsgesetzbuchs) bei dem Genossenschaftsvorstand anzumelden. Die Frist gilt auch dann als erfüllt, wenn die Anmeldung bei einem nicht zuständigen Genossenschaftsorgan oder bei einer anderen Berufsgenossenschaft oder bei der für den Wohnort des Entschädigten zuständigen unteren Verwaltungsbehörde erfolgt ist. In solchen Fällen ist die Anmeldung unverzüglich an die zuständige Stelle abzugeben und der Inhalt davon zu benachrichtigen.

Absatz 2 gleich Absatz 2 § 72 siehe S. 813.

§§ 78, 79 gleich §§ 73, 75 siehe SS. 813, 814.

#### Berufung.

§ 80. Gegen den Bescheid, durch welchen der Entschädigungsanspruch gelehnt wird, sowie gegen den Bescheid, durch welchen die Entschädigung festgesetzt wird, findet die Berufung auf schiedsgerichtliche Entscheidung statt. Die Berufung ist bei dem Schiedsgerichte (Gesetz, betreffend die Abänderung der Unfallversicherungsgesetze, § 3) zu erheben, in dessen Bezirke der Heimathshafen desjenigen Verletzten belegen ist, oder derjenige Betrieb seinen Sitz hat, in welchem der Unfall sich ereignet hat. Ist der Heimathshafen nicht im Bezirk eines Schiedsgerichts belegen, so ist die Berufung bei dem für den Sitz der Berufsgenossenschaft zuständigen Schiedsgerichte zu erheben. Die Berufung hat, ausgenommen im Falle des § 18, keine aufschiebende Wirkung. Die Berufung ist bei Vermeidung des Ausschlusses innerhalb eines Monats von solchen Personen aber, welche sich ausserhalb Europas aufhalten, binnen zwei Monaten von demjenigen Genossenschaftsorgane, welches den angefochtenen Bescheid erlassen hat, zu bestimmenden, auf mindestens drei Monate zu bemessenden Frist nach Zustellung des angefochtenen Bescheids einzulegen. Die Frist gilt auch dann als erfüllt, wenn innerhalb derselben die Berufung bei einer anderen inländischen Verwaltungsbehörde, bei einem deutschen Seemannsamt im Ausland oder bei einem Genossenschaftsorgan eingegangen ist. Diese haben die Berufungsschrift unverzüglich dem zuständigen Schiedsgerichte abzugeben. Der Bescheid muss die Bezeichnung des Schiedsgerichts sowie die Belehrung über die einzureichende Frist enthalten.

§§ 81—97 gleich §§ 77—93 siehe SS. 814—818 mit anderer Bezeichnung im Texte angeführten Paragraphen.

#### Ruhe der Rente.

§ 98. Das Recht auf Bezug der Rente ruht: 1. solange der Berechtigte die Dauer von einem Monat übersteigende Freiheitsstrafe verbüsst, oder solange er in einem Arbeitshaus oder in einer Besserungsanstalt untergebracht ist. Hat der Berechtigte im Inlande wohnende Angehörige, welche im Falle seines Todes Anspruch auf die Rente haben, so ruht das Recht auf Bezug der Rente auch während der Dauer der Freiheitsstrafe oder der Unterbringung in einem Arbeitshaus oder in einer Besserungsanstalt.

e Fristen durften durch diese Vorschriften nicht angeordnet werden. Die Vor-  
en bedürfen der Genehmigung des Reichs-Versicherungsamts.  
Weist der Entschädigungsberechtigte nach, dass er der Vorstellungspflicht ohne  
erschulden nicht hat genügen können, so lebt insoweit das Recht auf den Be-  
er Rente wieder auf.  
§§ 99—100 gleich §§ 95—96 siehe SS. 818, 819 mit anderer Bezifferung der im  
angeführten Paragraphen.

#### Auszahlung der Entschädigungen.

§ 101. Die Auszahlung der auf Grund dieses Gesetzes zu leistenden Entschä-  
gen wird auf Anweisung des Genossenschaftsvorstandes vorschussweise durch  
die Postverwaltungen, und zwar in der Regel durch diejenige Postanstalt bewirkt,  
den Bezirke der Heimathshafen des Schiffes, auf welchem der Unfall sich zuge-  
e hatte, belegen ist.

Der Entschädigungsberechtigte kann jedoch Ueberweisung der Auszahlung an  
Postanstalt seines Wohnorts verlangen.

§§ 102—117 behandeln die Vermögens- und Kassenverwaltung der Berufsge-  
nossenschaft. §§ 118—122 behandeln die Unfallverhütung. §§ 123—126 behandeln  
die Ueberwachung der Betriebe. §§ 127, 128 gleich §§ 125, 126 siehe S. 820.

#### VII. Reichs- und Staatsbetriebe.

§ 129. Für Betriebe des Reichs oder eines Bundesstaats tritt bei Anwendung  
des Gesetzes an die Stelle der Berufsgenossenschaft das Reich beziehungsweise  
Bundesstaat. Die Befugnisse und Obliegenheiten der Genossenschaftsversamm-  
lung und des Genossenschaftsvorstandes werden durch Ausführungsbehörden wahr-  
genommen, welche für das Reich vom Reichskanzler, für den Bundesstaat von der  
Bundes-Centralbehörde zu bezeichnen sind. Dem Reichs-Versicherungsamt ist mit-  
zutheilen, welche Behörden als Ausführungsbehörden bezeichnet worden sind.

Die Bestimmungen des vorhergehenden Absatzes finden keine Anwendung, soweit



## Haftung Dritter.

§ 138. Bei Zusammenstössen mehrerer unter dieses Gesetz fallender Fahrzeuge finden die Bestimmungen der §§ 133—137 auf die Rheder oder Mitheder, Lootsen, Bevollmächtigten und Repräsentanten, Betriebsaufseher oder Personen der Schiffsbesatzungen sämmtlicher bei dem Zusammenstosse beteiligten Fahrzeuge Anwendung.

Im Uebrigen bestimmt sich die Haftung dritter, in den §§ 133, 134 nicht bezeichneter Personen, nach den sonstigen gesetzlichen Vorschriften. Insoweit den nach Maassgabe dieses Gesetzes entschädigungsberechtigten Personen ein gesetzlicher Anspruch auf Ersatz des ihnen durch den Unfall entstandenen Schadens gegen Dritte erwachsen ist, geht dieser Anspruch auf die Berufsgenossenschaft im Umfang ihrer durch dieses Gesetz begründeten Entschädigungspflicht über.

§§ 139—141 gleich §§ 141—144 siehe S. 821. § 142 handelt von der Gebühren- und Stempelfreiheit. §§ 143—147 enthalten Strafbestimmungen. § 148 handelt von den zuständigen Landesbehörden. § 149 von der Strafvollstreckung. Geldstrafen, welche auf Grund dieses Gesetzes verhängt sind, mit Ausnahme derjenigen, auf welche von den Gerichten erkannt ist, werden in derselben Weise beigetrieben wie Gemeindeabgaben und fliessen in die Genossenschaftskasse. § 150 von den Zustellungen. § 151. An die Stelle des § 134 Absatz 2 Ziffer 3 des Invalidenversicherungsgesetzes (Reichs-Gesetzbl. 1899 S. 531) tritt folgende Bestimmung: 3. für die auf Grund des See-Unfallversicherungsgesetzes versicherten Seeleute mit Ausnahme der in Schlepper- und Leichterbetrieben beschäftigten Personen, der Durchschnittsbetrag des Jahresarbeitsverdienstes, welcher gemäss § 10 a. a. () vom Reichskanzler festgesetzt worden ist.

β) Unfallversicherung im Kleinbetriebe der Seeschifffahrt sowie in der See- und Küstenfischerei.

§ 152. Die vorstehenden Bestimmungen finden mit den aus den folgenden Paragraphen sich ergebenden Abweichungen entsprechende Anwendung: 1. auf die Besatzung solcher Seefahrzeuge, welche nicht mehr als fünfzig Kubikmeter Brutto-Raumgehalt haben und dabei weder Zubehör eines grösseren Fahrzeugs noch auf die Fortbewegung durch Dampf oder andere Maschinenkräfte eingerichtet sind; 2. auf die Besatzung derjenigen Fahrzeuge, welche zur Ausübung der Fischerei in den im § 3 Absatz 2 bezeichneten Gewässern bestimmt und nicht bereits durch den Bundesrath auf Grund früherer gesetzlicher Bestimmungen der Unfallversicherung nach Maassgabe der §§ 1 ff. unterworfen sind; 3. auf die Besatzung von Fahrzeugen, welche zur Ausübung der Fischerei auf anderen mit der See in Verbindung stehenden, von Seeschiffen befahrenen Gewässern innerhalb der vom Bundesrathe zu bestimmenden örtlichen Grenze bestimmt sind.

§ 153. Der Versicherungspflicht unterliegen auch die Unternehmer gewerblicher Schifffahrts- und Fischereibetriebe der im § 152 bezeichneten Art, sofern sie zur Besatzung des Fahrzeugs gehören und bei dem Betriebe regelmässig keinen oder nicht mehr als zwei Lohnarbeiter beschäftigen.

§ 154. Als Jahresarbeitsverdienst gilt das Dreihundertfache des ortsüblichen Tagelohns gewöhnlicher Tagearbeiter desjenigen Ortes, in welchem der Betrieb seinen Sitz hat.

§ 155. Während der ersten dreizehn Wochen nach Eintritt eines Unfalls hat die Gemeinde, in deren Bezirke der Betrieb seinen Sitz hat, dem Verletzten die im § 6 Absatz 1 Ziffer 1 des Krankenversicherungsgesetzes bezeichneten Leistungen zu gewähren, sofern derselbe sich nicht im Ausland aufhält oder auf Grund der Kran-

s Krankengeldes, sofern nicht höhere Aufwendungen nachgewiesen werden. Versicherungsanstalt (§ 158) ist befugt, die im Absatz 1 bezeichneten selbst zu übernehmen. Die Versicherungsanstalt kann ferner gegen Er-er Kosten derjenigen Gemeinde, welcher die Fürsorge für die ersten Wochen nach dem Unfall obliegt, die Fürsorge für den Verletzten bis zur g des Heilverfahrens übertragen.

3. Streitigkeiten über Unterstützungsansprüche, welche aus der Bestimmung zwischen den Verletzten einerseits und den Gemeinden andererseits ont-rden von der Aufsichtsbehörde entschieden. Die Entscheidung ist vorläufig ar. Dieselbe kann im Verwaltungsstreitverfahren, wo ein solches nicht i Wege des Recurses nach Maassgabe der Vorschriften der §§ 20, 21 der dnung angefochten werden. Streitigkeiten über Ersatzansprüche, welche estimmungen des § 155. entstehen, werden im Verwaltungsstreitverfahren, ches nicht besteht, von der Aufsichtsbehörde der in Anspruch genommenen oder Krankenkasse entschieden. Die Entscheidung der Letzteren kann eines Monats nach der Zustellung im Wege des Recurses nach Maassgabe 21 der Gewerbeordnung angefochten werden. Der Landes-Centralbehörde lassen, vorzuschreiben, dass anstatt des Recursverfahrens die Berufung chtsweg mittelst Erhebung der Klage stattfindet.

7. Im Falle der Tödtung wird als Sterbegeld, sofern die Bestattung zu lgt, das Zwanzigfache des ortsüblichen Tagelohns (§ 154), jedoch min- Betrag von fünfzig Mark ersetzt.

. Die Versicherung erfolgt durch eine in der Berufsgenossenschaft errichtete ngsanstalt. Träger der Versicherungsanstalt ist die Berufsgenossenschaft. enschaftsvorstand und die Genossenschaftsversammlung führen die Ver- r Versicherungsanstalt, soweit nicht besondere statutarische Bestimmungen erden.

9. Die Einnahmen und Ausgaben der Versicherungsanstalt sind besonders en und ihre Bestände gesondert zu verwahren. Das für die Zwecke der ngsanstalt bestimmte Vermögen darf für die übrigen Zwecke der Genossen-

sigen Leistungen der Versicherungsanstalt der Capitalwerth der Versicherungsanstalt voraussichtlich zu gewährenden Renten gedeckt wird.

Die Beiträge sind nach näherer Bestimmung der Landes-Central-Küstenbezirke umfassenden weiteren Communalverbänden der Seerichten und werden auf dieselben nach der Zahl derjenigen Personen in ihren Bezirken in Betrieben der im § 152 bezeichneten Art als Personen beschäftigt sind. Der Bundesrath ist befugt, anzuordnen, dass unter Berücksichtigung der Dauer der Beschäftigung und der Verschiedenen Tagelöhne zu erfolgen hat.

§ 163. Innerhalb der weiteren Communalverbände werden Hälfte wie die sonstigen Lasten des Communalverbandes, zur näheren Bestimmung des weiteren Communalverbandes von den nach § 152 versicherten Betriebe durch Vermittelung der theilhaftigen bände oder Gemeinden aufgebracht. Die letzteren können mit der Aufsichtsbehörde diese Lasten ganz oder theilweise aus eigenen Mitteln haften für uneinziehbare Beiträge. Sie können bestimmen, dass Unternehmer einen Wechsel in der Person desjenigen, für dessen Rechnung erfolgt, zur Vermeidung der im § 62 angedrohten Rechtsnachtheile des Communalverbandes anzuzeigen haben. Gegen die Heranziehung zu dem Unternehmer innerhalb zweier Wochen nach der Zustellung an das Reichs-Versicherungsamt zu. Dieselbe kann nur auf die Behauptung werden, dass eine Verpflichtung zur Entrichtung von Beiträgen Sonstige aus der Heranziehung zu Beiträgen abgeleitete Beschwerde zweier Wochen nach der Zustellung an die Aufsichtsbehörde zu endgültig entscheidet. Die Landes-Centralbehörden bestimmen, als Communalverbände im Sinne der vorstehenden Bestimmungen an

§ 164. Die Anzeige des Unfalls (§ 66) ist schriftlich oder mündlich der Ortspolizeibehörde im Inlande zu richten, in deren Bezirke sich der Unfall hat oder der erste Aufenthalt nach demselben genommen wird. Die Anzeige des Unfalls (§ 68) erfolgt durch diejenige Ortspolizeibehörde, an welche

betreffend die Ausrüstung der Kauffahrteischiffe mit Hilfsmitteln zur Krankenpflege und die Mitnahme von Schiffsärzten“ zu erlassen.<sup>1)</sup>

§ 1. Hochseefischereifahrzeuge, Eisbrecher, Seeschlepper, Fahrzeuge gewerbetreibender Lootsen und solche anderen Seeschiffe, welche auf der Reise die räumlichen Grenzen der kleinen Fahrt (§ 2 der Bekanntmachung vom 6. August 1887 — Reichs-Gesetzblatt, S. 395 —) nicht überschreiten, müssen, sofern sie mehr als zwei Mann an Bord haben, mit den im anliegenden Verzeichnisse I angegebenen Arzneien und anderen Hilfsmitteln zur Krankenpflege ausgerüstet werden.

§ 2. Schiffe, welche auf der Reise die räumlichen Grenzen der kleinen Fahrt überschreiten sollen, müssen, sofern sie einen Schiffsarzt nicht führen, mit den im anliegenden Verzeichnisse II<sup>2)</sup> aufgeführten Arzneien und anderen Hilfsmitteln, sowie Lebensmitteln zur Krankenpflege, je nach der Zahl der eingeschifften Personen ausgerüstet werden.

§ 3. Schiffe der im § 2 bezeichneten Art, welche einen Schiffsarzt führen, müssen a) mit den im anliegenden Verzeichnisse III<sup>2)</sup> aufgeführten Arzneien und anderen Hilfsmitteln, sowie Lebensmitteln zur Krankenpflege ausgerüstet, b) mit einem genügend geschützten, thunlichst isolirten Krankenraum ausgestattet werden.

Die im Verzeichnisse III in [—] aufgeführten Arzneien und anderen Hilfsmittel dürfen auf solchen Schiffen fehlen, auf denen Kinder bezw. Frauen nicht eingeschifft sind und voraussichtlich nicht eingeschifft werden. Die örtliche Medicinalbehörde ist befugt, eine Vermehrung der zu a bezeichneten Arzneien und anderen Hilfsmittel nach Art und Menge erforderlichenfalls anzuordnen.

§ 4. Schiffe, welche auf der Reise die räumlichen Grenzen der kleinen Fahrt überschreiten sollen und mehr als fünfzig Reisende oder insgesamt mehr als hundert Personen an Bord haben oder voraussichtlich erhalten werden, müssen einen zur unentgeltlichen Behandlung der eingeschifften Personen verpflichteten, in Deutschland approbirten Arzt an Bord nehmen. Die gleiche Pflicht besteht für Reisen im Verkehr mit Häfen des afrikanischen Festlandes zwischen den Wendekreisen bereits dann, wenn mehr als fünfundzwanzig Reisende oder insgesamt mehr als fünfzig Personen an Bord sind oder voraussichtlich an Bord gelangen werden.

Auf Schiffe, welche sich innerhalb der ostasiatischen Gewässer mit der Beförderung von Eingeborenen beschäftigen, findet die vorstehende Vorschrift nur dann Anwendung, wenn auf ihnen die Zahl der übrigen Reisenden mehr als fünfzig oder die Zahl dieser Reisenden mit derjenigen der Mannschaften europäischer Herkunft zusammen mehr als hundert beträgt.

§ 5. Der Arzt hat sich vor dem Antritt der Reise bei der örtlichen Medicinalbehörde vorzustellen und seine Verwendbarkeit darzulegen. Die Behörde ist befugt, die Verwendung eines ungeeigneten Arztes zu untersagen. Nach Beendigung jeder Reise und zwar vor der Abmusterung hat sich der Arzt bei der genannten Behörde wiederum persönlich zu melden.

Während der Reise hat der Arzt ein Verzeichniss der von ihm behandelten

1. Dieselben sind mit unerheblichen Abänderungen erlassen in Preussen durch die Verordnung vom 17. März 1899; in Oldenburg d. d. 14. December 1898; in Lübeck d. d. 21. December 1898; in Bremen d. d. 7. December 1898; in Hamburg d. d. 30. November 1898; in Mecklenburg-Schwerin d. d. 9. Februar 1899 (Vergl. Veröffentlichungen des Kaiserl. Gesundheitsamtes 1899 S. 300 ff.).

2) Von dem Abdruck der Verzeichnisse II und III musste mit Rücksicht auf den knapp bemessenen Raum Abstand genommen werden. Dieselben finden sich in den Veröffentlichungen des Kaiserl. Gesundheitsamtes 1899 SS. 303—310.

§ 7. Die Arzneien sind thunlichst aus einer deutschen Apothek und müssen den Anforderungen des Arzneibuches für das Deutsche Reich entsprechen, soweit nicht eine andere Zusammensetzung in dem Arzneibuch vorgesehen ist. Die anderen Hilfsmittel dürfen auch anderweitig beschaffen werden, müssen jedoch von der an Land in Krankenhäusern üblichen, brauchbaren Beschaffenheit sein.

§ 8. Die zum inneren Gebrauche bestimmten flüssigen Arzneien in runden Gläsern mit Zetteln von weisser Grundfarbe, die zum äusseren bestimmten flüssigen Arzneien dagegen nur in sechseckigen Gläsern, nebeneinander liegende Flächen glatt und die übrigen mit Längsriefen, mit Zetteln von rother Grundfarbe abgegeben werden.

Flüssige Arzneien, welche durch die Einwirkung des Lichtes verfaulen, sind in gelbbraun gefärbten Gläsern abzugeben.

§ 9. Die Standgefässe sind, sofern sie nicht stark wirkende mit schwarzer Schrift auf weissem Grunde —, sofern sie Mittel enthalten, welche in Tabelle B des Arzneibuchs für das Deutsche Reich aufgeführt sind, mit schwarzer Schrift auf weissem Grunde —, sofern sie Mittel enthalten, welche in Tabelle C aufgeführt sind, mit rother Schrift auf weissem Grunde zu bezeichnen für Mineralsäuren, Laugen, Brom und Jod dürfen mittelst Radir- oder hergestellte Aufschriften auf weissem Grunde haben.

§ 10. Alle Arzneibehältnisse (Standgefässe und an Kranke abzugebende) müssen mit deutlichen Aufschriften versehen sein. Diesen ohne Arzt thunlichst kurze gedruckte Gebrauchsanweisungen und achtende Vorsichtsmaassregeln entsprechend den Weisungen im Verzeichniss bzw. II Spalte 6 beizufügen. Auf alle an Kranke abzugebende Flüssigkeiten u. s. w. mit äusserlich zu verwendenden Mitteln ist ein Zettel mit „Äusserlich“ aufzukleben.

§ 11. Die Arzneien und anderen Hilfsmittel zur Krankenpflege in einer (Medicin-) Kiste oder in einem besonders eingerichteten, luftdichten Raume (Schiffsapothek) trocken aufzubewahren und unter Verschluss

geeigneter Arzt im Einkommen mit dem zuständigen deutschen Consul  
en Arzt oder Apotheker vornehmen zu lassen. Die von diesem auszu-  
Bescheinigung ist vom Consul zu visiren. Die Nachprüfenden haben die  
ng der Medicinkiste bezw. Schiffsapothek und aller zum Aufenthalte von  
dienenden Räume, sowie die Einsicht in das Schiffsjournal und in die im  
tz 2 erwähnten Schriftstücke vorzunehmen, Rheder und Schiffer haben  
diesem Zwecke jede Erleichterung zu gewähren. Die Kosten der Nach-  
allen dem Schiffer zur Last.

. Ausser dieser amtlichen Revision hat auf den in §§ 2' und 3 bezeichneten  
ler Schiffer — und, falls ein Arzt angemustert ist, dieser — vor dem An-  
jeden Reise von voraussichtlich mehr als vierwöchiger Dauer, mindestens  
3 Monate zu prüfen, ob die Arzneien und anderen Hilfsmittel, sowie  
ittel zur Krankenpflege für die weitere Reise noch in genügender Menge und  
heit vorhanden sind, und deren Vervollständigung rechtzeitig zu veran-  
Das Ergebniss der Prüfung ist in das Schiffsjournal einzutragen.

5. Rheder, Schiffer oder deren Stellvertreter, Aerzte und Apotheker, welche  
rschriften zuwiderhandeln, werden mit einer Geldstrafe bis zu . . . Mark  
n diese nicht beizutreiben ist, mit Haft bestraft.

6. Vorstehende Vorschriften treten am 1. April 1899 — und für diejenigen  
elche bis 15. März 1899 einen deutschen Hafen nicht besuchen, einen Monat  
unft in einem solchen, spätestens am 1. April 1900 — in Kraft.

7. Zu demselben Zeitpunkte treten die abweichenden Vorschriften der Ver-  
om<sup>1)</sup>) . . . ausser Kraft. Unberührt bleiben die Bestimmungen dieser letz-  
rdnung, soweit sie sich auf die Mitnahme und Verabreichung von Citronen-  
die Verpflegung der Mannschaft nach der vorgeschriebenen Speiserolle  
jedoch mit der Maassgabe, dass als solche Speiserolle die in der neu be-  
Ausgabe der amtlichen „Anleitung zur Gesundheitspflege an Bord von  
ischiffen“ aufgestellte, in der Anlage (IV) enthaltene, maassgebend ist.

zuständige Aufsichtsbehörde kann für Segelschiffe in einzelnen Fällen ge-  
ass eine geringere als die aus der Vorschrift der Speiserolle sich ergebende  
menge an Wasser mitgenommen wird, wenn der Schiffer sich verpflichtet

(S. 87), Mull (S. 88) . . . , 1—2 Esslöffel, 200 g. — Opiumhaltige C.  
Tinct. Opii crocat. 1 Theil, Spiritus Menth. pip. 2 Theile, Vin. l.  
Tinct. Valerianae 4 Theile, gegen Magenkrampf und Kolik (Leibsch  
fälle (S. 89), Ruhr (S. 58) . . . , 3 mal täglich 25 Tropfen, 50 g. — Hoffm.  
Spiritus aethereus, nach Ohnmacht (S. 79), Hitzschlag (S. 75) . . . ,  
auf Zucker oder Brod, 50 g.

#### B. Aeusserlich anzuwendende Arzneien.

Bleiessig, Liquor Plumbi subacetici, 2 Theelöffel zu  $\frac{1}{2}$  Liter V  
wasser zu Umschlägen bei Quetschungen (S. 119), Feigwarzen (S. 7  
(S. 156) u. dgl., 50 g. — Senfspiritus, Spiritus Sinapis, ein handgro  
oder Löschpapier anzufeuchten und auf die Haut zu legen, bei Ol  
Kopf-, Brustschmerzen (S. 80 und 82), Herzkrämpfen (S. 87) u. dgl.  
miakgeist, Liquor Ammonii caustici, belebendes Riechmittel bei Oh  
u. dgl., 50 g. — Heftpflaster, Emplastr. adhaesiv. extens., zum Bede  
Wunden. — Die Wundränder werden einander genähert und das H  
festigt, dass die Wunde nicht wieder auseinanderklafft, 1 Rolle. — E  
säurelösung, zum Auswaschen und Abtupfen von Wunden und Ge  
u. a.), 500 g. — Borsalbe, Ungt. acid. boric., bei Verbrennungen (S  
schwüren anzuwenden, 100 g. — Brandliniment, Ol. Lini und  
gleichen Theilen, reine Mullstücke, mehrfach zusammengelegt, zu  
Brandwunden zu legen (S. 119), 150 g.

#### C. Andere Hilfsmittel zur Krankenpflege.

Mull 1 Packet, Mullbinden 6 Stück, Verbandtücher 2 Stück,  
Jodoformpappe (in Bindenform) 1 qm, Verbandwatte 200 g, Schac  
Stecknadeln, Sicherheitsnadeln, Zwirn, Nähnadeln 1 Stück. — Anleit  
heitspflege an Bord von Kauffahrteischiffen, auf Veranlassung des St  
Innern bearbeitet im Kaiserlichen Gesundheitsamt, zweite Ausgabe,

### 4. Krankenfürsorge auf Auswandererschiffe

## **erricht in der Gesundheits- und Krankenpflege für Schiffsmannschaften und Seesteuerleute.**

ass des Preussischen Ministers für Handel und Gewerbe, betreffend  
cht und Prüfung in Gesundheitspflege auf den Navigations-  
und Samaritercourse auf den Navigationsvorschulen, vom  
nber 1898:<sup>1)</sup>

(Im Auszug.)

lativ für die Königlich Preussischen Navigationsvorschulen.  
. Der Unterricht erstreckt sich auf die nachbenannten Gegenstände in den  
gegebenen wöchentlichen Stunden: . . . . Ausserdem wird wöchentlich in  
1 in 2 Stunden Unterricht in der ersten Hülfeleistung bei Unglücksfällen  
recursus) ertheilt, wenn die Vorschule von solchen Schülern besucht wird,  
auf die Prüfung für Schiffer auf kleiner Fahrt vorbereiten. An diesem  
t, dessen Dauer von dem Navigationsschul-Director gemeinschaftlich mit  
torien bestimmt wird, dürfen sich auch bereits zugelassene Schiffer auf  
ahrt und Küstenfahrt betheiligen.

gulativ für die Königlich Preussischen Navigationsschulen.

. Die Navigationsschulen sollen den Seeleuten Gelegenheit bieten, sich die  
che Ausbildung zum Seesteuermann und zum Seeschiffer auf grosser Fahrt  
haffen und sich auf die Steuermannsprüfung und die Schifferprüfung für  
ahrt, sowie auf eine Prüfung in der Schiffs-Dampfmaschinenkunde und in  
ndheitspflege auf Kauffahrteischiffen vorzubereiten.

· Ausbildung von Seesteuerleuten sind die Steuermannsklassen, zur Aus-  
von Schiffen auf grosser Fahrt und zur Vorbereitung auf die Prüfung in der  
ampfmaschinenkunde die Schifferklassen bestimmt.

den letzteren werden genügend Unterrichtete auch zur Vorbereitung auf die  
nnsprüfung zugelassen.

1. Jeder Schüler muss folgende Lehrmittel besitzen: . . . . 8. Die „An-  
ur Gesundheitspflege an Bord von Kauffahrteischiffen“ bearbeitet im Kaiser-



der Unterrichtsstunden in der Gesundheitspflege der Stundenplan von gemeinschaftlich festzustellen.

#### § 15. a) Ertheilung des Unterrichts.

Der gesammte Unterricht — mit Ausnahme desjenigen in der G auf Kauffahrteischiffen — ist der Regel nach von den Navigationslehrer gationsschul-Aspiranten zu ertheilen und auf die Heranziehung von l aus besonderen Gründen Bedacht zu nehmen. (Vergl. § 18 am Schlus richt in der Gesundheitspflege auf Kauffahrteischiffen darf nur vo Aerzten ertheilt werden.

#### Anweisung über die Prüfung in der Gesundheitspfleg fahrteischiffen.

1. Um den Theilnehmern am Unterricht in der Gesundheits pfahrteischiffen Gelegenheit zu geben, über den erfolgreichen Besuch einen Nachweis zu erlangen, soll im Anschluss an jede Steuermau unabhängig von ihr, zugleich eine Prüfung über die Gesundheits pfahrteischiffen abgehalten werden. Eine Verpflichtung zur Ablegu besteht nicht. Zur Prüfung werden Personen zugelassen, die an dem e richt theilgenommen haben. Es können aber auch solche Seeschiffer un zugelassen werden, die am Unterricht nicht Theil genommen haben. scheidet die Prüfungscommission.

2. Die Prüfung erfolgt vor einer besonderen Prüfungscommissi Arzt. Die Prüfungscommission wird gebildet von dem Navigationsch dessen Stellvertreter als Vorsitzenden, dem prüfenden, für den Unter sundheitspflege bestellten Arzt und einem Navigationslehrer, der z der Prüfungscommission für Seesteuerleute ist und von dem Navigati bestellt wird.

3. Die Prüfung ist eine praktische und mündliche und erstred den Inhalt der von dem Kaiserlichen Gesundheitsamt bearbeiteter Gesundheitspflege an Bord von Kauffahrteischiffen. Es ist den A

. . . (Prüfungsort) . . . ., den . . . (Datum) . . . .

Die Königlich Preussische Prüfungs-Commission.

(Siegel.)

(Unterschriften.)

## **F. Fürsorge für Gefangene.**

### **1. Reichsgesetzliche Bestimmungen.**

Ueber den Aufschub der Schuldhaft wegen Krankheit siehe § 906  
S.-O., S. 752.

Ueber den Aufschub der Strafvollstreckung wegen Krankheit  
§ 87 der Str.-Pr.-O., S. 744.

Ueber die Einrechnung der Dauer des Aufenthaltes in einer von  
Anstalt getrennten Krankenanstalt während der Strafvoll-  
streckung in die Strafzeit siehe § 493 Str.-Pr.-O., S. 744.

Reichsgesetz, betreffend die Unfallfürsorge für Gefangene, vom  
1900 (R.-G.-Bl., S. 536).

#### **Umfang der Fürsorge.**

1. Wenn Gefangene einen Unfall bei einer Thätigkeit erleiden, bei deren  
Ausübung freie Arbeiter nach den Bestimmungen der Reichsgesetze über Unfall-  
versicherung versichert sein würden, so ist für die Folgen solcher Unfälle eine Ent-  
schädigung zu leisten. Den Gefangenen werden die in öffentlichen Besserungs-  
anstalten, Arbeitshäusern und ähnlichen Zwangsanstalten untergebrachten Personen  
gestellt, ebenso die zur Forst- oder Gemeindefarbeit oder zu sonstigen Ar-  
beiten auf Grund gesetzlicher oder polizeilicher Bestimmung zwangsweise angehal-  
tenen Personen.

2. Die Entschädigung tritt bei Körperverletzung oder Tödtung ein.  
Eine Entschädigung wird nicht gewährt, wenn der Verletzte den Unfall vor-  
herbeigeführt hat. Hat der Verletzte sich den Unfall bei Begehung einer  
strafbaren Handlung oder durch ein Verhalten zugezogen, welches als eine grobe

beträgt: a) im Falle völliger Erwerbsunfähigkeit für deren Dauer als Vollrer zweihundertfachen Betrag desjenigen ortsüblichen Tagelohns gewöhnlicher arbeiter (§ 8 des Krankenversicherungsgesetzes), welcher für den Ort der mindestens drei Monate währenden Beschäftigung festgesetzt ist, die der Gef nnerhalb des letzten Jahres vor Antritt der Haft gehabt hat. Kann ein Beschäftigungsort im Inlande nicht ermittelt werden, so ist der niedrigste S Grunde zu legen, welcher in dem Bezirke der für den Sitz der Anstalt zustä höheren Verwaltungsbehörde als ortsüblicher Tagelohn gewöhnlicher erwac männlicher beziehungsweise weiblicher Tagearbeiter festgesetzt ist; b) in theilweiser Erwerbsunfähigkeit für deren Dauer denjenigen Theil der Vo welcher dem Maasse der durch den Unfall herbeigeführten Einbusse : werbsfähigkeit entspricht. Der Höchstbetrag der Vollrente ist dreihundert Bei der Berechnung der Rente für Personen, welche vor dem Unfälle theilweise erwerbsunfähig waren, ist derjenige Theil des ortsüblichen Tageloh Grunde zu legen, welcher dem Maasse der bisherigen Erwerbsfähigkeit ents War der Verletzte zur Zeit des Unfalls bereits völlig erwerbsunfähig, so sin freie ärztliche Behandlung, Arznei und sonstige Heilmittel, sowie die zur Sic des Erfolges des Heilverfahrens und zur Erleichterung der Folgen der Ver erforderlichen Hilfsmittel (Krücken, Stützapparate und dergleichen) zu gewäh

§ 4. Im Falle der Tödtung ist ausserdem von dem Zeitpunkt ab, mit w der Gefangene, wenn er am Leben geblieben wäre, in Folge der Strafverb oder des Straferlasses entlassen worden wäre, an dessen Hinterbliebene eine zu zahlen, welche beträgt: 1. für die Wittve des Getödteten bis zu derei oder Wiederverheirathung, 2. für jedes hinterbliebene Kind bis zu dessen z gelegtem fünfzehnten Lebensjahre den sechzigfachen Betrag des nach § Grunde zu legenden Tagelohns, jedoch nicht mehr als neunzig Mark. Die l der Hinterbliebenen dürfen insgesamt den einhundertundachtzigfachen Betra Tagelohns (§ 3) und im Höchstbetrage zweihundertundsiebenzig Mark jährlich übersteigen; ergibt sich ein höherer Betrag, so werden die einzelnen Rent gleichem Verhältnisse gekürzt. Im Falle der Wiederverheirathung erhält die V ten einhundertundachtzigfachen Betrag des Tagelohns (§ 3), jedoch nicht mel zweihundertundsiebenzig Mark als Abfindung. Die Entschädigung der Hinterblie fällt fort, wenn Thatfachen vorliegen, aus welchen zu schliessen ist, dass de tödtete auf freiem Fusse zum Unterhalte seiner Angehörigen nichts beiget hätte. Die Entschädigung der Wittve fällt fort, wenn die Ehe erst nach dem U geschlossen worden ist. Die Entschädigung kann ganz oder theilweise versagt den, wenn die Ehefrau, bevor ihrem Ehemanne die Freiheit entzogen worde ohne gesetzlichen Grund seit mindestens einem Jahre von der häuslichen Ge schaft sich ferngehalten und ohne Beihülfe des Ehemanns ihren Unterhalt gefi nat. Die Bestimmungen über die Renten der Kinder finden auch Anwendung, der Unfall eine alleinstehende weibliche Person betroffen hat und diese mit H assung von Kindern verstirbt.

§ 5. An Stelle der im § 3 vorgeschriebenen Leistungen kann freie Ku Verpflegung in einer Heilanstalt gewährt werden. Für die Zeit der Verpflegun Verunglückten in der Heilanstalt steht seinen im § 4 bezeichneten Angehörige laselbst angegebene Rente insoweit zu, als ihnen dieselbe im Falle des Tode Verletzten zu gewähren sein würde. Ist begründete Annahme vorhanden, das Empfänger einer Unfallrente bei Durchführung eines Heilverfahrens eine Erhö seiner Erwerbsfähigkeit erlangen werde, so kann zu diesem Zwecke jederzeit ein u Heilverfahren eingeleitet werden. Dabei finden die Bestimmungen des Absatz 1.<sup>2</sup>

7. Die Entschädigung erfolgt durch den Bundesstaat, in dessen Gebiete die liegt, in welcher der Unfall eingetreten ist, oder in dessen Gebiete die zwangschäftigung stattgefunden hat. Die Verpflichtung des Bundesstaats kann durch Gesetz auf andere Stellen übertragen werden. Die Bundesstaaten sind auch Gemeinden oder andere öffentlich-rechtliche Verbände, die Gefangenenanstalten, zu Beiträgen heranzuziehen. Mehrere Bundesstaaten können sich für ihre oder Theile derselben behufs gemeinsamer Tragung der Lasten mit einander ein. Die Vereinbarung muss sich auf die Verwaltung, die Beaufsichtigung des Verfahrens, sowie auf die Vertheilung der Lasten und Kosten erstrecken. Unternehmer, welche auf Grund eines Vertrags mit der Anstaltsleitung Gefangene beschäftigen, können zu Beiträgen an diejenige Kasse, welche die Entschädigung gewährt hat, oder wenn sich der Unfall aus Anlass einer für ihre Rechnung ausserhalb der Anstalt stattfindenden Beschäftigung zugetragen hat, zum Theil der Kasse gemäss §§ 2 bis 5 erwachsenden Ausgaben herangezogen werden.

Die Höhe der Beiträge, sowie der Umfang und die Voraussetzungen der Entschädigung sind durch den mit dem Unternehmer abzuschliessenden Vertrag zu bestimmen. Die betreffenden Bestimmungen sind der Ausführungsbehörde auf Verlangen mitzutheilen.

8. Behufs Ausführung dieses Gesetzes hat der Entschädigungsverpflichtete die Ausführungsbehörden einzusetzen. Die Ausführungsbehörden sind, soweit nicht anders gesetzlich oder durch Vereinbarung (§ 7) andere Bestimmungen getroffen sind, von der Landes-Centralbehörde zu bezeichnen. Die auf Grund der §§ 7, 8 getroffenen Einrichtungen sind dem Bundesrathe mitzutheilen und durch den Reichsanwalt zu veröffentlichen.

#### Untersuchung.

9. Jeder Unfall, durch welchen eine unter dieses Gesetz fallende Person getödtet oder eine Körperverletzung erlitten hat, die voraussichtlich den Tod oder die Verurtheilung zur Zeit der Entlassung hinauswirkende Erwerbsunfähigkeit zur Folge hat, ist durch den Vorstand der Anstalt, in welcher der Verunglückte zur Zeit des Unfalls sich befand, zu untersuchen.

bei der Entlassung die Beschränkung der Erwerbsfähigkeit fortbesteht. Entschädigung auf Grund dieses Gesetzes sind, soweit deren Feststellung nicht von Amtswegen erfolgt, bei Vermeidung des Ausschlusses, wenn es sich um die Folgen einer Verletzung handelt, vor der Entlassung, und wenn der Unfall den Tod herbeiführt, vor Ablauf von zwei Jahren nach dem Eintritte des Unfalls bei dem Vorstand der Anstalt, in welcher der Verunglückte zur Zeit des Unfalls untergebracht war, zu tragen. Nach Ablauf der Frist ist der Anmeldung nur dann Folge zu geben, wenn gleich glaubhaft bescheinigt wird, dass eine die Entschädigung begründende Ursache des Unfalls erst später bemerkbar geworden oder dass der Berechtigte die Stellung des Antrags durch ausserhalb seines Willens liegende Verhältnisse atter worden ist, und wenn die Anmeldung innerhalb dreier Monate, nachdem ein Vorfall bemerkbar geworden oder das Hinderniss für die Anmeldung weggefallen ist, erfolgt ist.

§ 11. Die Festsetzung der Entschädigungen erfolgt durch die Ausführungsbehörde. Ueber die Festsetzung der Rente ist dem Verletzten oder dessen Hinterbliebenen und soweit in den Fällen des § 7 Absatz 3 zu den Lasten des einzelnen Unternehmers beizutragen hat, auch diesem ein schriftlicher Bescheid, aus welchem die Art der Berechnung ersichtlich sein muss, zuzustellen. Die Zustellung kann durch die Post mittelst eingeschriebenen Briefes erfolgen. Posteinlieferungsschein und Gründe nach Ablauf von zwei Jahren seit ihrer Ausstellung die Vermutung, dass die in der ordnungsmässigen Frist nach der Einlieferung erfolgte Zustellung innerhalb eines Monats nach der Zustellung des Bescheids steht dem Verletzten oder Hinterbliebenen sowie dem Unternehmer die Beschwerde zu. Die Beschwerde hat, ausgenommen im Falle des § 5 Absatz 3, 4, keine aufschiebende Wirkung. Die Landes-Centralbehörde bezeichnet die für die Entscheidung zuständigen Stelle. Diese muss in dem Bescheid angegeben werden. Die Entscheidung kann mit Genehmigung des Reichskanzlers dem Reichs-Versicherungsausschuss übertragen werden. Die zur Entscheidung berufene Stelle entscheidet endgültig.

§ 12. Zu dem Zeitpunkte, mit welchem der Bezug der Rente beginnt (§ 7), ist dem Berechtigten von der Ausführungsbehörde die mit der Zahlung beauftragte Postanstalt (§ 18) zu bezeichnen und der unteren Verwaltungsbehörde des Wohnortes über die dem Berechtigten zustehenden Bezüge Nachricht zu geben. Das Gleiche gilt beim Eintritte von Veränderungen.

#### Veränderung der Verhältnisse.

§ 13. Tritt in den Verhältnissen, welche für die Feststellung der Entschädigung maassgebend gewesen sind, eine wesentliche Veränderung ein, so kann eine neue Feststellung auf Antrag oder von Amtswegen erfolgen. Vor einer Neu-Setzung oder Aufhebung der Rente ist dem Rentenempfänger unter Mitwirkung der Unterlagen, auf Grund deren die Herabsetzung oder Aufhebung erfolgt, Gelegenheit zur Äusserung zu geben. Eine Erhöhung der Rente tritt erst mit Ablauf der Zeit nach Einreichung des Antrags ein. Eine Minderung, Einstellung oder Aufhebung der Rente tritt mit Ablauf des Monats in Wirksamkeit, in welchem die Veränderung aussprechende Bescheid zugestellt worden ist. Ist der Verletzte, für welchen eine Entschädigung auf Grund des § 3 festgestellt ist, Folge der Verletzung gestorben, so muss der Antrag auf Gewährung einer Entschädigung für die Hinterbliebenen, falls deren Feststellung nicht von Amtswegen erfolgt ist, bei Vermeidung des Ausschlusses vor Ablauf von zwei Jahren nach dem Tode des Verletzten bei dem zuständigen Anstaltsvorstand angemeldet werden. Nach Ablauf dieser Frist ist der Anmeldung nur dann Folge zu geben, wenn zugleich

#### Ruhe der Rente.

5. Der Bezug der Rente ruht: 1. solange der Berechtigte eine die Dauer im Monat übersteigende Freiheitsstrafe verbüsst, oder solange er in einem aus oder einer Besserungsanstalt untergebracht ist. Hat der Berechtigte im wohnende Angehörige, welche im Falle seines Todes Anspruch auf Rente finden, so ist diesen die Rente bis zur Höhe jenes Anspruchs zu überweisen; 2. solange der berechtigte Ausländer nicht im Inlande seinen gewöhnlichen Aufenthalt. Diese Bestimmung kann durch Beschluss des Bundesraths für bestimmte Länder oder für solche auswärtige Staaten, durch deren Gesetzgebung deutschen, von Betriebsuntall verletzten Arbeitern eine entsprechende Fürsorge gewährleistet, ausser Kraft gesetzt werden; 3. solange der berechtigte Inländer im Auslande aufhält und es unterlässt, der Ausführungsbehörde seinen Aufenthalt mitzutheilen. Die Ausführungsbehörde hat über die Mittheilung des Aufenthaltsorts nähere Anordnungen zu erlassen und darin anzuordnen, dass der Rentenberechtigte sich von Zeit zu Zeit bei einem deutschen Consul persönlich vorzustellen hat. Weist der Rentenberechtigte nach, dass er der Vorstellungspflicht ohne sein Verschulden genügen können, so lebt insoweit das Recht auf den Bezug der Rente wieder fort, solange der Berechtigte als Landstreicher umherzieht.

#### Capitalabfindung.

6. Ist bei theilweiser Erwerbsunfähigkeit eine Rente von zwanzig oder mehr Procenten der Vollrente festgestellt, so kann die Ausführungsbehörde den Rentenberechtigten auf seinen Antrag durch eine entsprechende Capitalabfindung abfinden. Gegen den Bescheid, durch welchen die Capitalabfindung festgesetzt ist, ist die Beschwerde (§ 11) zulässig. Das Rechtsmittel hat in diesem Falle keine aufschiebende Wirkung. Bis zur endgültigen Entscheidung kann der Antrag zurückgezogen werden.

ist oder bei der Postanstalt des bisherigen Wohnsitzes zu beantragender

§§ 19—22 handeln von der Liquidation der Post und Abführungs- bzw. Rentenbeträge an die Postkasse.

§§ 23—26 handeln von der Haftpflicht, § 27 von dem Gesetz.

## 2. Landesgesetzliche Bestimmungen.

Die Vorschriften über die Strafvollstreckung, insbesondere über kranker Gefangenen beruhen auf dem Landesrecht. Sie sind in den überall gleich. Als Beispiel werden die preussischen Bestimmungen nachfolgend angefügt.

a) In Preussen gehören die Gerichtsgefängnisse, das sind denen die Untersuchungsgefangenen und die mit kürzerer Strafhaf gefangenen untergebracht werden, zu dem Ressort des Justizministerium die Gefängnisordnung für die Justizverwaltung vom 21. D

„§ 2 . . . . Aerzte . . . . werden nach Bedürfniss angestellt oder ihnen durch Vertrag ein besonderes Abkommen getroffen. . . . .

Personen müssen sofort nach ihrer Einlieferung unter ärztliche Behandlung, — wenn ihre Unterbringung in einer Krankenanstalt nicht ihrer Heilung in besonders hierzu bestimmten Zellen verwahrt werden welche mit ansteckenden Krankheiten behaftet sind, sollen in nicht aufgenommen werden. Dasselbe gilt von schwangeren Personen zur Verbüßung einer Strafe angenommen werden sollen, wenn die bereits bis zum siebenten Monate vorgerückt ist; es sei denn, dass das Interesse der Strafvollstreckung ausdrücklich verlangt wird. § 29. Es ist nicht zu gestatten, Kinder in das Gefängnis mitzubringen. Ein nur zulässig, wenn ein Säugling von der Mutter nicht getrennt § 39. Einzelhaft ist ausgeschlossen, wenn eine Gefahr für den physischen oder geistigen Zustand des Gefangenen zu befürchten steht. Der

allen, oder in einer nur für erkrankte Gefangene bestimmten Anstalt zu be-  
 Die ärztlichen Vorschriften sind streng zu beobachten; ihre Ausführung  
 das Aufsichtspersonal zu überwachen. Die Arzneien, welche der Arzt ver-  
 ordnet, sind in ein Arzneibuch einzutragen. Nur sofern der Zustand des Erkrankten  
 sich bessert, wird er in einer anderen, von dem Oberstaatsanwalt bestimmten Heil-  
 anstalt übergebracht. Der Strafvollstreckungsbehörde ist von einer solchen Anord-  
 nung mitzutheilen. Schwangere müssen in der Regel bei dem Herannahen der  
 Geburt entweder in eine am Orte befindliche öffentliche Entbindungsanstalt  
 oder einstweilen aus der Haft entlassen werden. Wird der Gefangene bei  
 seiner Abführung in die Heilanstalt nicht zugleich aus der Haft entlassen, worüber  
 der Gefängnissvorsteher eine eingehende Erwägung stattzufinden hat, so ist dem Gefängniss-  
 arzt der Krankenanstalt der Zeitpunkt, in welchem der Erkrankte aufhört, Ge-  
 fangener zu sein (§ 87), mitzutheilen. Bei erkrankten Gefangenen brauchen  
 die Bestimmungen im § 34 zu III über Trennung der Gefangenen nicht beobachtet zu  
 werden. Gemeingefährliche Geisteskranke, welche entlassen worden, sind der Po-  
 lizei durch rechtzeitige Benachrichtigung zu überweisen. § 89. Sind Unter-  
 oder Strafgefangene nach einer anderen Anstalt zu transportiren, so sind  
 vor Feststellung ihrer Transport- bzw. Aufnahmefähigkeit vorher einer ärzt-  
 lichen Untersuchung zu unterwerfen. Diese kann unterbleiben, wenn der Gefangene  
 seit einiger Zeit im Gefängniss befunden hat, ohne dass sich sein Gesund-  
 heitszustand zu klagen, ärztlichen Anordnungen oder zu der Besorgnis einer Krank-  
 heitsverschärfung gegeben hat. Die Entscheidung über die Transportfähigkeit trifft  
 der Gefängnissvorsteher. Liegen Bedenken gegen die Transport-  
 fähigkeit vor, oder behauptet der Gefangene, wegen eines krankhaften Zustandes  
 unfähig zu sein, so ist die ärztliche Untersuchung erforderlich. Bei der  
 Abführung der Gefangenen an die Transportbehörde ist festzustellen  
 ob Transportpapieren zu vermerken, dass der Gefangene frei von Ungeziefer  
 und ansteckenden Krankheiten übergeben worden ist. § 90. Die Selbstbeköstigung ist  
 zu gestatten, wenn nach dem Gutachten des Gefängnissarztes die Beibehaltung der  
 eigenen Gefängnisskost eine Schädigung des Gesundheitszustandes der Ge-  
 fangenen herbeiführt und nach den Einrichtungen des Gefängnisses sich nicht eine  
 andere Kost beschaffen lässt.“

Die Strafanstalten (Zuchthäuser) und grossen Gefängnisse unterstehen  
 dem Minister des Innern. Für sie ist der Ministerial-Erlass

April 1895, sowie die demselben beigegebene Dienst-  
 anweisung für die Aerzte bei den Strafanstalten und Gefängnissen  
 vom Ministerium des Innern massgebend. Die bezüglich dieser Anweisung lauten:

1. Pflichten des Arztes: Dem Arzte liegt ob: . . . 2. Alle neu ein-  
 gefangenen Gefangenen innerhalb 24 Stunden auf ihren körperlichen und geistigen  
 Gesundheitszustand vorschriftsmässig zu untersuchen und den Befund festzustellen.  
 Gefangenen, die sich zum Arzte gemeldet haben oder vom Vorsteher ihm zu-  
 weisen zu untersuchen, die krank befundenen sachgemäss und kunstgerecht  
 behandeln, Simulationen festzustellen. § 3. Ausübung des Amtes: . . . Bei  
 bei Erkrankungen oder Unglücksfällen muss der Arzt auch ausser den Dienst-  
 auf Ersuchen des Vorstehers zur Anstalt kommen . . . Gefangene der Einzelhaft  
 ist irgend zugänglich in ihren Zellen zu untersuchen und zu behandeln; müssen  
 Lazarett aufgenommen werden, so sind sie auch hier so lange als irgend  
 von anderen Gefangenen getrennt zu halten. Gefangene der gemeinsamen  
 dem Arzte in seinem Dienstzimmer zur Untersuchung vorzuführen; werden



sie krank und arbeitsunfähig befunden, so sind sie ins Lazarett aufzunehmen; gefangene mit ansteckenden Krankheiten sind getrennt zu halten, die Desinfektion von ihnen benutzten Räume und Gegenstände ist sorgfältig zu überwachen und darauf zu halten, dass die zur Verhütung der Weiterverbreitung ansteckenden Krankheiten gegebenen allgemeinen und besonderen Vorschriften ausgeführt werden. Alle ärztlichen Verordnungen über Verlegung von Gefangenen, Veränderung der Kost, der Arbeit, der Bewegung im Freien, der Kleidung der Gefangenen sind dem Arzt in ein Buch einzutragen, welches dem Vorsteher vorzulegen ist. — Wir ärztlicher Behandlung befindlicher Gefangener aus hauspolizeilichen Gründen so ist davon dem Arzte bei seiner Ankunft in der Anstalt Mitteilung zu machen. § 4. Lazarettaufseher: Dem Arzte ist zur Unterstützung in seinen geschäftlichen ein Lazarettaufseher beigegeben. Derselbe soll, wenn irgend ein Lazarettgehilfe oder geprüfter Heilgehilfe sein. — Vor dem Antrage auf Anstellung dieses Beamten hat der Vorsteher den Arzt zu einer gutachtlichen Äußerung über die Bewerber aufzufordern und dieselbe mit dem Antrage des Arztes dem Regimentspräsidenten vorzulegen. — Der Lazarettaufseher ist verpflichtet, den Anordnungen des Arztes nachzukommen: die verordneten Arzneien zu verabreichen, kleine chirurgische Operationen und Zahnziehen auf Anordnung des Arztes vorzunehmen, vorgeschriebenen Bücher und Listen nach Anweisung des Arztes zu führen, die Unterlagen für die Statistik aufzustellen und ähnliche schriftliche Arbeit zu führen. Gefangene zu solchen Dienstleistungen zu verwenden, ist verboten. § 5. Hausapotheke: Die Hausapotheke, sowie die ärztlichen Instrumente stehen unter der verantwortlichen Verwaltung des Arztes; er ist befugt, den Lazarettaufseher zur Hülfeleistung dabei heranzuziehen. — Der Arzt hat die für die Apotheke erforderlichen Arzneien auf Grund der abgeschlossenen Verträge beschaffen; händigt im Einverständnisse mit dem Vorsteher aus einer Ortsapotheke zu beschaffen, auf ihre Güte zu prüfen und die richtige Buchung der Einnahme und Ausgabe durch den Lazarettaufseher zu überwachen. Die für die Verwaltung derartiger Apotheken bestehenden allgemeinen Bestimmungen sind genau zu beachten.

c) Zur Verhütung der Lungentuberkulose unter den Gefangenen ordnete der preussische Ministerial-Erlass vom 19. Januar 1884 an, 1. die phthisisch Kranken von den gesunden Gefangenen, soweit thunlich, getrennt zu halten, 2. dass die Leib- und Bettwäsche der gedachten Kranken vor jedesmaligen Gebrauch in Lauge gekocht, und 3. die Spuckgläser desinficirt werden sollten.

In derselben Frage bestimmte der Ministerial-Erlass vom 15. April 1889

Der Auswurf soll weder in Taschentücher, noch in den Aufenthaltsräumen in die überall mit etwas Wasser gefüllt aufzustellenden Spucknapfe fallen werden. Alle Zellen, in denen nach ärztlichem Gutachten an Tuberkulose erkrankte oder ihrer verdächtige Gefangenen untergebracht waren, sollen bei etwaigem Verlassen der Insassen sorgfältig gereinigt und nach den bestehenden Vorschriften (durch Kochen u. s. w. im Desinfectionsofen) desinficirt werden. Gefangene, die nach ärztlicher Feststellung tuberkulös sind, aber noch arbeiten können, dürfen bei der Herstellung von Gebrauchsgegenständen, soweit thunlich, nicht beschäftigt und von den gesunden Gefangenen möglichst fern gehalten werden.“

## G. Fürsorge für Schüler und Waisen.

Die Einrichtungen und Maassregeln, welche zur Versorgung kranker und schwächerer Schulkinder und Waisen getroffen sind, beruhen in den deutschen Bundesstaaten auf dem Landesrecht. Da die preussischen Vorschriften für

ordnung für die Schulärzte an den städtischen Elementar- und Schulen in Wiesbaden vom 18. Mai 1897 nebst dazu gehörigen Formulart folgenden Wortlaut:

Die Schulärzte haben die Aufgabe: den Gesundheitszustand der ihnen zugewiesenen Schüler zu überwachen und bei der ärztlichen Revision der zur Schule gehörigen Räumlichkeiten und Einrichtungen mitzuwirken, und sind demgemäss verpflichtet, alle in diese Aufgabe fallenden Aufträge des Magistrats auszuführen. Diese gelten hierbei die nachfolgenden Vorschriften:

Die Schulärzte haben die neueintretenden Schüler genau auf ihre Körperlichkeit und ihren Gesundheitszustand zu untersuchen, um festzustellen, ob eine dauernde ärztliche Ueberwachung oder besondere Berücksichtigung beim Unterricht (z. B. Ausschliessung vom Unterricht in einzelnen Fächern, wie Turnen und Gesang, oder Beschränkung in der Theilnahme am Unterricht: Anweisung eines besonderen Sitzplatzes wegen Gesichts- oder Gehörfehlern u. s. w.) bedürftig ist. Ueber jedes untersuchte Kind ist ein, dasselbe während seiner ganzen Schulzeit zu führender „Gesundheitsschein“ auszufüllen. Erscheint ein Kind einer ständigen ärztlichen Ueberwachung bedürftig, so ist der Vermerk „ärztliche Kontrolle“ auf der rechten Seite oben rechts zu machen. Die Spalte, betreffend „allgemeine Constitution“, ist bei der Aufnahmeuntersuchung für jedes Kind auszufüllen, und zwar nach den Befunden „gut, mittel und schlecht“. Die Bezeichnung „gut“ ist nur bei einem tadellosen Gesundheitszustand, und „schlecht“ nur bei ausgesprochenen Leibesbeschwerden oder chronischen Erkrankungen zu wählen. Die anderen Rubriken sind nur im Bedürfnissfalle auszufüllen, und zwar bei der Aufnahmeuntersuchung, oder bei im Laufe des späteren Schuljahrs bemerkbar werdenden Erkrankungen. Messungen und Messungen werden von den betreffenden Klassenlehrern vorgenommen und sind in jedem Halbjahre in die betreffende Spalte einzutragen. (Gewicht auf  $\frac{1}{2}$  cm und  $\frac{1}{4}$  kg). Brustumfang wird vom Arzte gemessen, jedoch nur bei Kindern, die einer Lungenerkrankung verdächtig sind.

Alle vierzehn Tage — wenn ansteckende Krankheiten auftreten, auch häufiger — hält der Schularzt an einem mit dem Schulleiter vorher verabredeten Tage

dringenden Fällen, besonders bei Verdacht auf ansteckende Krankheiten.  
Die Gesundheitsscheine sämtlicher zur Untersuchung kommenden Kinder sind von dem Klassenlehrer dem Arzte vorzulegen, bzw. zu übersenden. Sind die Scheine vorhanden, so sind die Kinder auf einer fortlaufenden Liste mit den Bemerkungen des Lehrers, sowie mit einer Spalte für den ärztlichen Befund, der betreffende Klassenlehrer hat, wenn irgend anständig, bei der Untersuchung zugegen zu sein. Für Benachrichtigung der übrigen Klassen und für die Führung der betreffenden Kinder zu sorgen, ist Sache des Schulleiters. Die Behandlung erkrankter Schulkinder ist nicht Sache des Schularztes, sondern vielmehr an ihren Hausarzt oder den zuständigen Armenarzt oder Spezialarzt, event. die Poliklinik zu verweisen. Bei älteren Kindern soll auch ärztlich geschehen. Bei Erfolglosigkeit einer derartigen Ermahnung, sind die betreffenden gedruckten „Mittheilungen“ auszufüllen, jedoch nur bei ernstesten, wichtigen Erkrankungen zu geschehen, wo das Kindes oder der Schule es erfordert. Bei Ausfüllung der betreffenden Mittheilungen jede Härte resp. Schroffheit des Ausdruckes zu vermeiden. Die Zusendung der Mittheilungen an die betreffenden Eltern ist Sache des Schulleiters.

3. Die Gesundheitsscheine sind in den betreffenden Klassen zu bewahren und bleiben, so lange sie nicht dem Arzte eingefordert werden, in der Schule. Die Scheine mit dem „ärztlichen Befund“ sind dem Arzte bei jedem Besuche in der Schule vorzulegen. Tritt ein Kind in eine andere Schule über, so ist sein Gesundheitschein durch den Schulleiter zu übersenden.

4. Die Schulärzte haben auf Antrag des Schulleiters einzelne Kinder zu untersuchen, um, falls die Eltern kein anderweitiges ärztliches Zeugniß beibringen, festzustellen, ob Schulversäumniss besteht.

5. Die Schulärzte haben mindestens ein Mal im Sommer, ein Mal im Winter die Schullokalitäten und deren Einrichtungen zu revidiren. Die bei diesen sonstigen Besuchen gelegentlich gemachten Beobachtungen über die Hygiene, die zu überwachenden Gegenstände, sowie über Handhabung der Heizung, Heizung und Beleuchtung und die etwa an diese Beobachtungen

bericht dem ältesten Schularzte einzureichen. Der letztere hat diese Einzel-, mit einem kurzen übersichtlichen Gesamtbericht bis spätestens 1. Juni Magistrat vorzulegen. Bei der Aufstellung der Berichte sind etwa folgende zu berücksichtigen: 1. Tabellarische, ziffermässige Zusammenstellung der bei den Aufnahmeuntersuchungen. 2. Zahl der abgehaltenen Sprech- bzw. ärztlichen Besuche der Classen. 3. Anzahl und Art der wichtigeren Unfälle, die zur Untersuchung in den Sprechstunden gekommen sind. 4. Erfolgte besondere ärztliche Anordnungen (Beschränkung der Unterrichtszeiten, des Turnens etc.). 5. Anzahl der an die Eltern gesandten schriftlichen Rathsamslungen. 6. Anzahl der unter „ärztlicher Controle“ stehenden Schulkinder. 7. Tabellarische Angabe über die in das Hygienebuch eingetragenen Beanstandungen bezüglich Localitäten etc.

Will ein Schularzt ausserhalb der Zeit der Schulferien auf länger als eine Woche die Stadt verlassen, so hat er den Magistrat rechtzeitig hiervon zu benachrichtigen und für kostenlose geeignete Vertretung zu sorgen.

1. Für ihre Mühewaltung erhalten die Schulärzte aus der Stadtkasse ein in monatlichen Raten postnumerando zahlbares Jahreshonorar.

2. Der Magistrat kann bei nachgewiesener Dienstvernachlässigung jederzeit die Dienstverpflichtung des Schularztes verfügen. Im Uebrigen kann seitens des Schularztes sowie des Magistrats der Dienstvertrag nur nach vorausgegangener vierteljährlicher Prüfung aufgehoben werden.

3. Der Magistrat behält sich vor, diese Dienstordnung abzuändern oder zu ergänzen.

## Form B.

### Gesundheitsschein.

Vorname . . . . ., Sohn — Tochter — d. . . . .  
 geboren den . . . . 18 . . . . Schule . . . seit . . . 18 . . .  
 geimpft . . . . . 18 . . . . . wiedergeimpft . . . . 18 . . .  
 Geburtsort und Schuljahr. — Allgemeine Constitution. — Grösse. — Gewicht. —  
 Lebensanfang. — Brust und Bauch. — Hauterkrankungen (Parasiten). — Wirbelsäule

Diese Einrichtung wird den Schulkindern wie deren Familien von wesentlichem Nutzen sein. Bei der Unterrichtsertheilung wird die Körperbeschaffenheit und der Gesundheitszustand des einzelnen Kindes weitergehende Berücksichtigung finden, als es bisher geschehen konnte, und es werden die Eltern durch die zu ihrer Kenntniss gebrachten Beobachtungen der Schulärzte in ihren Bestrebungen, ihre Kinder gesund zu erhalten, unterstützt werden.

Eltern, welche wünschen, dass ihre Kinder nicht durch den Schularzt untersucht werden (die ärztliche Behandlung gehört nicht zu den Dienstobliegenheiten der Schulärzte), müssen den erforderlichen gesundheitlichen Nachweis durch Zeugnisse ihres Hausarztes erbringen.

Formulare für ärztliche Zeugnisse sind im Botenzimmer des Rathhauses und bei den Schulpedellen unentgeltlich entgegenzunehmen.

#### Anlage D.

#### Mittheilung.

Die von dem Magistrat angeordnete ärztliche Untersuchung resp. Ueberwachung Ihres Kindes . . . . geb. . . . hat ergeben, dass dasselbe an . . . . leidet. Für die Gesundheit Ihres Kindes, wie für das Interesse der Schule ist deshalb . . . . dringend erforderlich.

Wiesbaden, den . . . . 189 .

Der Magistrat.

An . . . . Nr. . .

## **2. Besondere Schuleinrichtungen für nicht normal begabte, aber unterrichtsfähige Kinder.**

Der preussische Ministerial-Erlass vom 6. April 1901 führt hierüber folgendes aus:

„Der Königlichen Regierung übersende ich mit Bezug auf den Erlass vom 18. Juni v. Js. — U III A 1493 — beifolgend eine Uebersicht der in der Preussischen Monarchie zur Zeit vorhandenen Schuleinrichtungen für nicht normal begabte aber unterrichtsfähige Kinder. Die Entwicklung dieser Art von Schulen hat seit Aufnahme der letzten Statistik im Jahre 1896 einen erfreulichen Fortschritt gemacht. Seitdem die Bedeutung solcher Anstalten allgemein anerkannt und in Betreff ihrer Einrichtung und Leitung eine weitgehende Uebereinstimmung der Ansichten zur Geltung gelangt ist, hat die Zahl der Hülfsklassen erheblich zugenommen. Während im Jahre 1894 in 18 Städten 37 Hülfschulen mit etwa 700 Kindern und 1896 in 25 Städten 37 derartige Schuleinrichtungen mit zusammen 2017 Kindern bestanden, giebt es jetzt in 42 Städten 91 solcher Anstalten mit zusammen 4728 Schulkindern in 233 Klassen. Nach den vorliegenden Berichten darf angenommen werden, dass die unterrichtlichen Leistungen dieser Klassen durchweg genügend, zum nicht geringen Theile sogar recht gut sind. Auch liegt kein Grund vor, daran zu zweifeln, dass die gesundheitliche wie unterrichtliche Ausstattung der Hülfsklassen in der Regel ausreichend ist. Nur der Umstand, dass noch an mehreren Orten von der Mitwirkung der Aerzte abgesehen wird, verdient besonders hervorgehoben zu werden, da er zeigt, dass noch in einem der wichtigsten Punkte eine Meinungsverschiedenheit zu beseitigen ist. Unter Hinweis auf das hierüber in dem Erlass vom 16. Mai 1894 — U III A 1030 — Centralblatt S. 568 — Gesagte, mache ich auf die in der Schularztfrage in letzter Zeit geführten Verhandlungen und zugleich darauf aufmerksam, dass auch nach dem vorliegenden Verzeichniss die überwiegende Mehrzahl der beteiligten Städte die ärztliche Mitwirkung wenigstens bei der Ausscheidung von Schülern für

die Hilfsklassen mit vorbeugen sollen, sondern es erhalten auch die zurück-  
en und dann alsbald aus einer unteren Klasse in das Leben zu entlassenden  
eine Schulbildung, durch welche sie für ihre Erwerbsfähigkeit nicht genug  
en. Die bisherigen opferwilligen Bestrebungen der Stadtgemeinden auf diesem  
verdienen meine volle Anerkennung. Die Königliche Regierung wolle diesem  
der öffentlichen Erziehung auch ferner Ihre Aufmerksamkeit zuwenden und  
lich den Lehrkräften bei der Erfüllung ihrer schwierigen, aber verdienstvollen  
e mit Rath und That zu Hülfe kommen.“

### **3. Unterricht epileptischer Kinder.**

Die Frage des Schulbesuchs epileptischer Kinder behandelt der preussische  
Ministerial-Erlass vom 22. August 1884 wie folgt:

Dem Rath, epileptische Kinder vom Besuche öffentlicher Schulen unbedingt  
auszuschliessen, kann in dieser Allgemeinheit nicht stattgegeben werden, weil es solche  
gibt, deren Anfälle äusserst selten sind, während bei anderen Kindern diese  
häufiger des Nachts auftreten und nur ein Bruchtheil aller an Epilepsie leiden-  
den von geringer Intelligenz ist oder perverse Charakterzüge zeigt. Namentlich  
sich nicht rechtfertigen, Kinder mit nur seltenen Anfällen und guter geistiger  
Entwickelung von der Wohlthat des öffentlichen Unterrichts auszuschliessen, dieselben  
vielmehr in Gemeinschaft mit wenig Begabten oder gar Schwachsinnigen zu bringen.  
Nur letztere erscheint die Forderung eines besonderen Schulunterrichts erforder-  
lich.

Nach den statistischen Erhebungen kam auf fünf Schulen ein epileptisches  
Kind. Die Zahl der in einer Schule resp. in einer Klasse derselben vorkommenden  
epileptischen Anfälle kann daher nur äusserst gering sein. Wesentlich kommt das  
bei denjenigen epileptischen Kinder in Betracht, welche wenig begabt oder  
schwachsinnig sind und daher dem gewöhnlichen Unterricht nicht folgen  
können. Die für diese Kinder einzurichtenden Unterrichtsanstalten würden ein  
vollständiges Analogon zu den Idiotenanstalten bilden: Die Wissenschaftliche Deputation  
hat vorgeschlagen, für diesen Zweck geschlossene Anstalten, die unter gleichzeitiger Fürsorge

den und den Unterricht der übrigen Schüler verbunden ist. — Die Grossherzog Kreisschulräthe werden deshalb in allen Fällen, in welchen bei Visitatione sonstiger Gelegenheit der Besuch der Volksschule durch ein epileptisches Kind ihrer Kenntniss gelangt, zum Zwecke der Beschlussfassung über die Entbezw. Ausschlussung dieses Kindes vom Schulbesuche auf Grund des § 3 A des Gesetzes über den Elementarunterricht vom 30. Mai 1892 Vorlage an den herzogl. Oberschulrath erstatten.

Eine Anregung Grossherzogl. Oberschulraths entsprechend, werden auch Grossherzogl. Bezirksärzte hiermit angewiesen, bei ihren Schulbesuchen darauf zu nehmen, dass sie von dem Vorhandensein epileptischer Kinder Kenntniss erhalten. Zutreffenden Falls ist von dem Sachverhalt dem Grossherzogl. Bezirk zur weiteren Vorkehr Anzeige zu erstatten.“

#### 4. Unterricht nervenüberreizter Schulkinder.

Sehr beachtenswerth ist bezüglich dieser Frage der Preussische Ministerial vom 24. December 1889:

„Die immer wiederkehrenden Selbstmorde von Schülern höherer Lehranstalten sind eine so beklagenswerthe Erscheinung, dass es Pflicht der Schulverwaltung nicht nur wie bisher, den einzelnen Fällen nachzugehen, sondern die traurigen Ursachen nach den zu Grunde liegenden Ursachen im Zusammenhang zu prüfen und nach Mitteln zu suchen, um die erkannten, in ihrem Verlaufe nicht selten das ganze Familien zerstörenden krankhaften Dispositionen des heranwachsenden Geschlechts thunlichst frühzeitig und vorbeugend zu bekämpfen. . . .

Gewiss empfängt die Schule nicht wenige Kinder aus dem Elternhause, zwar begabt, aber zart und mehr oder weniger krankhaft veranlagt sind. scheinen vielfach die überreizten Verhältnisse in Familie und Gesellschaft nicht nach angethan, die Aufgabe der Schule in der angedeuteten Richtung zu erleichtern. gleichwohl wird dieselbe stets sich gegenwärtig halten müssen, dass es Pflicht des Erziehers ist, diese bedenklichen Einwirkungen thunlichst einzuschränken und die Seele der Zöglinge dagegen zu stählen und widerstandsfähiger zu machen.

Behufs Lösung dieser schwierigen Aufgabe kommt es vor Allem darauf an, jeder Knabe von seinem ersten Eintritt in die Schule an nach seiner Veranlagung seinen körperlichen und sittlichen Dispositionen beobachtet, erkannt und demgemäss möglichst individuell behandelt wird. Dabei wird sich bald ergeben, dass an den grösseren Klassen immer nur eine verhältnissmässig kleine Zahl von Schülern besondere Rücksichtnahme nach einer oder der anderen Seite erheischt. Wird diesen vor anderen in den monatlichen Conferenzen der Lehrer stete Aufmerksamkeit gewidmet und dadurch eine fortgesetzt einheitliche und erzieherische Behandlung derselben durch alle Lehrer, vor allem den Ordinarius und Religionslehrer, gesichert, darf erwartet werden, dass auch bei dem erfahrungsmässig in dieser Frage selten verhängnissvollen Vorgang der Versetzung der Schüler das Schlussurtheil der Lehrer nicht etwa nur nach einzelnen Probeleistungen, sondern in gewissenhafter Würdigung aller in Betracht kommenden Momente pflichtmässig und wohlwollend fällt und dass nöthigenfalls der Dirigent der Schule eine etwa erforderliche Abhülfe eintreten lässt. Einer Ueberraschung der Eltern oder der Schüler durch unerwartete Misserfolge ist seitens der Schule dadurch vorzubeugen, dass derselben frühzeitig auf das voraussichtliche Ergebniss der Versetzung vorgeschrieben wird und unter Angabe der Gründe hingewiesen werden. Liegen diese in mangelhafter Begabung oder in beengenden äusseren Verhältnissen, deren Beseitigung

hoffen ist, so ist den Eltern nachdrücklich der Rath zu ertheilen, den Schüler inen anderen Beruf zu bestimmen. Dasselbe wird bei hartnäckig fortgesetztem Miss oder hartnäckigem Widerstreben gegen die Anordnungen der Schule gehen müssen, so zwar, dass bei Nichtbefolgung des Rathes demnächst die Entlassung des betreffenden Schülers aus der Anstalt herbeizuführen ist. Dem oft dazu verderblichen Drängen der Eltern, ihre zu Studien nicht geeigneten Söhne in Privatunterricht und Nachhülfestunden vorwärts zu bringen, ist dabei entschieden entgegen zu treten. Danebenher geht aber noch eine Reihe von Fällen, wo Grund des Misserfolgs in vorübergehenden körperlichen oder geistigen Dispositionen der Knaben und Jünglinge, zumal in der Entwicklungszeit zu suchen ist. Ist besondere Vorsicht geboten und ein vertrauensvolles Zusammenwirken von Schule und Haus unter Hinzuziehung erfahrener Aerzte vor Allem nöthig. Lieblose Behandlung kann gerade in solchen Fällen namenloses Unglück herbeiführen. Obwohl ich an dieser Stelle ein Eingehen auf Näheres mir versagen muss, so kann ich doch auch nicht unterlassen, darauf hinzuweisen, dass in derartigen Zuständen vornehmlich es gilt, in den Schülern das Vertrauen zu sich selbst zu heben, das Gefühl der persönlichen Verantwortung zu beleben und zu stärken, die Wahl ihres Umganges und der Lectüre zu überwachen, sowie durch angemessene Leibesübungen sie zu kräftigen, für ihre Erholung, namentlich in geschlossenen Anstalten, in zweckmässiger Weise zu sorgen, kurz, ihnen alle Stützen zu gewähren, welche über den zeitlichen Misserfolg ihnen hinweghelfen. Auch ist auf die Schülerverbindungen eine ausgesetzte Aufmerksamkeit zu verwenden. Wiederholt ist die Erfahrung gemacht, dass sie durch Einführung in Genüsse, welche dem jugendlichen Alter nicht entsprechen, die Gesundheit schädigen, durch die ehrenwörtliche Uebnahme von Pflichten den Sinn für Wahrhaftigkeit beeinträchtigen und leiblich und geistig ihre Theilnehmer so ungünstig beeinflussen, dass letztere in Conflictsfällen unterliegen und sich den wirklichen und eingebildeten Schwierigkeiten durch eine beklagenswerthe Handlung entziehen.“

##### 5. Curse für stotternde Schulkinder.

Preuss. Ministerial-Erlass vom 15. November 1893:

„Aus den Berichten der Königl. Regierung . . . habe ich mit Befriedigung gesehen, dass die in verschiedenen Orten des dortigen Regierungsbezirks seither abgehaltenen Heilcurse für stammelnde und stotternde Kinder zu günstigen Ergebnissen geführt haben. Mit der Königl. Regierung bin ich darin einverstanden, dass das Halten von Vorträgen durch die Leiter der Heilcurse für Kinder mit den vorgedachten Vortragsgebrechen auf den Lehrerconferenzen im Interesse der weiteren Förderung der Sache von besonderer Wichtigkeit ist. Der Königl. Regierung gebe ich in dieser Hinsicht die erforderlichen Weisungen anheim.“

##### 6. Behandlung schwerhöriger Schulkinder.

Preuss. Ministerial-Erlass vom 12. November 1885:

„1. Die Anzahl der schwerhörigen Schüler in den höheren Schulen der gesamten Monarchie (unter Ausschluss der mit einem Theile derselben verbundenen Vorschulen) beträgt 2,18 pCt. der Schülerzahl. Der Procentsatz der Schwerhörigen, berechnet für die einzelnen Provinzen, zeigt einen nur mässigen Unterschied von dem für die ganze Monarchie sich ergebenden Procentsatz: der niedrigste Procentsatz ist in einer Provinz 1,57 pCt., der höchste in einer anderen 2,48 pCt. Jedenfalls bilden



die schwerhörigen Schüler einen so kleinen Theil der Schülerzahl, dass es möglich ist, durch Anweisung der geeignetsten Plätze ihnen das Hören thunlichst zu erleichtern und durch besondere Beobachtung ihre Aufmerksamkeit zu constatiren. Wenn schwerhörige Schüler ungeachtet dieser Maassregel nicht im Stande sind, dem Unterricht zu folgen, so sind die Eltern oder deren Stellvertreter hiervon mit dem Bemerken in Kenntniss zu setzen, dass von einem ferneren Besuche der öffentlichen Schule seitens ihrer Söhne ein Erfolg nicht zu erwarten sei.

2. Von den 2,18 pCt., welche die schwerhörigen Schüler von der Gesamtzahl der Schüler in den höheren Schulen der Monarchie betragen, sind 1,74 pCt. der Gesamtzahl der Schüler (oder 80 pCt. der Schwerhörigen) mit diesem Uebel schon bei ihrem Eintritt in die Schule behaftet gewesen; von den 1,80 pCt. schwerhörigen Schülern der gesammten Vorschulen sind 1,50 pCt. (oder 79 pCt. der Schwerhörigen) schon als schwerhörig in die Vorschule eingetreten. Nur bei 0,44 pCt. der Schüler der höheren Schulen und nur bei 0,31 pCt. der Schüler der Vorschulen fällt die Entstehung der Schwerhörigkeit in die Zeit des Schulbesuchs. Dem Umstande, dass in den höheren Schulen die schwerhörigen Schüler 2,18 pCt., in den Vorschulen nur 1,80 pCt. der Gesamtzahl betragen, kann man zunächst geneigt sein, die Deutung zu geben, dass an der Entstehung der Schwerhörigkeit der Schule ein, wenn auch sehr unerheblicher, ursächlicher oder mit ursächlicher Einfluss beizumessen sei. Bedenkt man indess, dass von denjenigen Fällen, in welchen der Anlass der Schwerhörigkeit zu bestimmter Kenntniss der Schule gelangt ist, die volle Hälfte sich als Folge von Masern, Scharlach und verwandten Krankheiten erweist, und dass diese Krankheiten wohl ebenso häufig erst in den nächsten Jahren, nach dem neunten Lebensjahre, also nach dem Eintritt in die höheren Schulen eintreten, als vor denselben, so wird man Bedenken tragen müssen, einer solchen Auslegung des an sich nicht erheblichen Unterschiedes stattzugeben. Vollständig beseitigt wird ein solcher Gedanke durch die Thatsache, dass in der Vertheilung der Schwerhörigen auf die einzelnen Klassen der höheren Schulen nicht ein Steigen der Verhältnisszahlen nach den aufsteigenden Klassen ersichtlich wird, sondern ihre Vertheilung auf die verschiedenen Klassen als eine rein zufällige erscheint. Der Vorwurf, dass die höheren Schulen durch ihre Einrichtung oder durch die an ihre Schüler gestellten Forderungen Schwerhörigkeit herbeiführen oder befördern und steigern, ist bis jetzt nicht erhoben worden. Denn wenn von ärztlicher Seite erwähnt worden ist, dass die Wege zur Schule oder dass unzweckmässige Leistungen während der Lehrstunden Katarrhe des Ohres und Halses veranlassen oder steigern können, und dass hierdurch im weiteren Verlaufe Schwerhörigkeit herbeigeführt werden kann, so sind hiermit Einwirkungen bezeichnet, welche auch ausserhalb des Schullebens in gleicher Weise vorkommen, nicht als spezifische Einflüsse der Schule und ihrer Einrichtung zu betrachten sind. Es kommt daher ferner in Betracht, dass chronische Katarrhe des Ohrs resp. Ohrenflüsse, die ausser den genannten Krankheiten am meisten Schwerhörigkeit bedingen, ärztlicher Seits auf eine scrophulöse Grundlage zurückgeführt werden. Ebenso verhält es sich mit dem chronischen Nasenkatarrh, wenn derselbe das Gehör nachtheilig beeinflusst. Dass der Schule irgend eine ursächliche Bedeutung für die unter den Schülern vorkommende Schwerhörigkeit nicht beizumessen ist, darf als sicher bestätigt durch die angestellten Ermittlungen erachtet werden. Hiernach kann die Veranlassung zu einer etwaigen specialärztlichen Untersuchung der Zöglinge der höheren Schulen auf Schwerhörigkeit nicht anerkannt werden, vielmehr ist die Sorge dem Elternhause zu überlassen.

Der Schule ist nur zur Pflicht zu machen, dass sie bei denjenigen schwerhörigen Schülern, welche ihr Uebel noch nicht zur

## Verhütung ansteckender Krankheiten durch die Schulen.

Reichsgesetz, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten, vom 30. Juni 1900 (Reichs-Gesetzbl., S. 306), § 16 siehe den Ab-  
Ansteckende Kranke.

Preussisches Regulativ, die sanitätspolizeilichen Vorschriften bei den am  
an vorkommenden ansteckenden Krankheiten enthaltend, vom 8. August 1835  
Samml., S. 240): „§ 14. Hinsichtlich der Schulen sollen zwar die gesetz-  
bestimmungen, die den Schulbesuch befehlen, in keinem von einer an-  
len Epidemie heimgesuchten Orte zur strengen Anwendung kommen, doch  
h die gänzliche Schliessung der Schulen nicht ohne dringende Noth er-  
und nur von den Sanitätscommissionen besonders darauf gewacht werden,  
den Schulzimmern stets eine reine Luft erhalten und Ueberfüllung vermieden

An ansteckenden Krankheiten leidende Kinder müssen aus den Schulen,  
und anderen Anstalten, in denen ein Zusammenfluss von Kindern statt-  
entfernt werden und sind nicht eher wieder zuzulassen, als bis ihre völlige  
g und die Beseitigung der Ansteckungsfähigkeit ärztlich bescheinigt ist.  
ist aus Familien, in welchen Jemand an Pocken, Scharlach, Masern und  
, besonders Kinder gefährdenden, ansteckenden Krankheiten leidet, der Besuch  
ulen und ähnlichen Anstalten denjenigen Kindern nicht zu gestatten, welche  
Kranken in fortwährendem Verkehr stehen.“

Erlass des preussischen Ministers der Medicinal-Ange-  
heiten und des Ministers des Innern, betreffend die Schliessung  
hulen bei ansteckenden Krankheiten, vom 14. Juli 1884 (Min.-Bl.  
V., S. 1898):

Zur Beseitigung von Zweifeln in Betreff der Schliessung von Schulen bei an-  
len Krankheiten bestimmen wir unter Verweisung auf die Vorschriften in § 14  
ch die Allerhöchste Ordre vom 8. August 1835 genehmigten Regulativs über  
tätspolizeilichen Vorschriften -- Gesetz-Samml., S. 240 -- und auf das Gut-  
der Abtheilung für die Medicinal-Angelegenheiten im Ministerium der geist-  
op. Angelegenheiten vom 26. October 1866 -- Centralblatt für die gesammte  
chtsverwaltung in Preussen, Jahrgang 1867, S. 113 --, sowie unter Beifügung  
weisung zur Verhütung der Uebertragung ansteckender Krankheiten durch



roteln, Scharlach, Diphtherie, Pocken, Flecktyphus, Rückfallstet  
Kopfgelenckkrampf und Lepra<sup>1)</sup>; b) Unterleibstypus, contagiöse A  
Krätze und Keuchhusten, der letztere, sobald und solange er kra  
2. Kinder, welche an einer in No. 1a oder b genannten ansteck  
leiden, sind vom Besuche der Schule auszuschliessen. 3. Das Gle  
sunden Kindern, wenn in dem Hausstande, welchem sie angehören  
No. 1a genannten ansteckenden Krankheiten vorkommt, es müsste  
scheinigt sein, dass das Schulkind durch ausreichende Absonderung  
der Ansteckung geschützt ist. 4. Kinder, welche gemäss No. 2 od  
besuch ausgeschlossen worden sind, dürfen zu demselben erst dann v  
werden, wenn entweder die Gefahr der Ansteckung nach ärztliche  
für beseitigt anzusehen, oder die für den Verlauf der Krankheit e  
als Regel geltende Zeit abgelaufen ist. Als normale Krankheits  
Scharlach und Pocken sechs Wochen, bei Masern und Röteln vier  
darauf zu achten, dass vor der Wiedenzulassung zum Schulbesuch  
seine Kleidungsstücke gründlich gereinigt werden. 5. Für die B  
unter No. 2—4 gegebenen Vorschriften ist der Vorsteher der Schule (  
Hauptlehrer, erster Lehrer, Vorsteherin pp.), bei einklassigen Sch  
(Lehrerin) verantwortlich. Von jeder Ausschliessung eines Kindes vo  
wegen ansteckender Krankheit — No. 2 und 3 — ist der Ortspoliz  
Anzeige zu machen. 6. Aus Pensionaten, Convicten, Alumnaten  
dürfen Zöglinge während der Dauer oder unmittelbar nach dem  
im Hause aufgetretenen ansteckenden Krankheit nur dann in die He  
werden, wenn dies nach ärztlichem Gutachten ohne die Gefahr ein  
der Krankheit geschehen kann und alle vom Arzte etwa für nöthig  
sichtsmaassregeln beobachtet werden. Unter denselben Voraussetz  
Zöglinge auf Verlangen ihrer Eltern, Vormünder oder Pfleger  
7. Wenn eine im Schulhause wohnhafte Person in eine der unter  
genannten, oder eine ausserhalb des Schulhauses wohnhafte, aber  
eines Lehrers der Schule gehörige Person in eine der unter No. 1a g  
heiten verfällt, so hat der Haushaltungsvorstand hiervon sofort dem  
(Curatorium) und der Ortspolizeibehörde Anzeige zu machen. Die le  
möglich unter Zuziehung eines Arztes. für die thunlichste Absonderu

Anstalten nach der Anordnung der Ortspolizeibehörde regelmässig zu des-

Diese Vorschrift gilt auch für die in No. 6 bezeichneten Anstalten und sich für diese auf die Wohnungs-, Arbeits- und Schlafräume der Zöglinge. Die Schliessung von Schulen oder einzelnen Klassen derselben wegen der Krankheit hat der Landrath (Amtshauptmann) unter Zuziehung des Ortsarztes zu entscheiden. Ist Gefahr im Verzuge, so können der Schulvorstand (Schulvorstand) und die Ortspolizeibehörde auf Grund ärztlichen Gutachtens die Schliessung anordnen. Sie haben aber hiervon sofort ihrer vorgesetzten Behörde Anmelden zu machen. Ausserdem sind sie verpflichtet, alle gefahrdrohenden Krankheitsfälle, welche eine Schliessung der Schule angezeigt erscheinen lassen, zur Kenntniss ihrer vorgesetzten Behörden zu bringen. 10. Die Wiedereröffnung einer wegen ansteckender Krankheit geschlossenen Schule oder Schulklasse ist nur nach erfolgter gründlicher Reinigung und Desinfection des Schullokals zulässig. Dies kann nur erfolgen auf Grund einer vom Landrath (Amtshauptmann) unter Zuziehung des Kreisarztes zu treffenden Anordnung. In Städten, welche nicht unter Landrath (Amtshauptmann) stehen, tritt an die Stelle des letzteren der Polizeivorstand des Orts. 11. Die vorstehenden Vorschriften No. 1—10 finden auch auf Unterrichtsanstalten einschliesslich der Kinderbewahranstalten, Spielschulen, Warteschulen, Kindergärten u. s. w. Anwendung.“

Runderlass des preussischen Ministers der Medicinal-Angelegenheiten, der Finanzen und des Innern, betreffend die Verhütung der Uebertragung ansteckender Augenkrankheiten durch die Schulen, vom 1. Mai 1898 (Centralbl. f. d. ges. Unterrichts-Verw. 1899, S. 372.):

Die Zunahme der Körnerkrankheit in verschiedenen Theilen der Monarchie lässt sich nicht verkennen, der Verhütung ihrer Uebertragung in den Schulen grössere Aufmerksamkeit zuzuwenden. Denn erfahrungsgemäss sind es häufig die Schulen, in denen das Auftreten der Körnerkrankheit in einem Orte zuerst zur Kenntniss der Behörden gelangt. Auch findet nicht selten durch Vermittelung der Schulen die Verbreitung der Krankheit aus einer Familie in andere statt. Wir haben daher die Vorschriften zu dem Runderlass vom 14. Juli 1884 (Min. d. In. II 7800, M. A. U. IIIa 18424 II U. II. 2440. M. 5092) dahin erweitert, soweit sich dieselbe auf

### Anweisung zur Verhütung der Uebertragung ansteckender Augenkrankheiten durch die Schulen.

1. Augenkrankheiten, welche vermöge ihrer Ansteckungsfähigkeit Vorschriften für die Schulen erforderlich machen, sind a) Blennorrhoe, b) Diphtherie der Augenlid-Bindehäute, c) acuter und chronischer Augenlid-Bindehautkatarrh, d) Folliculärkatarrh und Körnerkrankheit (oder egyptische Augenentzündung, Trachom). 2. Es ist darauf hinzuwirken, dass von einem jeden Fall von ansteckender Augenkrankheit, welcher bei einem oder bei dem Angehörigen eines Schülers vorkommt, durch den Vorstand der Haushaltung, welcher der Schüler angehört, dem Vorsteher der Schule (Director, Hauptlehrer, erstem Lehrer, Vorsteherin u. s. w.), bei einklassigen Schulen der (Lehrerin) unverzüglich Anzeige erstattet wird. 3. Schüler, welche an einer der unter 1a genannten Augenkrankheiten leiden, sind unter allen Umständen, solche, welche an einer der unter 1b genannten Augenkrankheiten leiden, dagegen nur, wenn sie eine deutliche Eiterabsonderung haben, vom Besuche der Schule auszuschließen. 4. Schüler, welche an einer der unter 1b genannten Augenkrankheiten jedoch keine deutliche Eiterabsonderung haben, sowie solche Schüler, welche an einer der unter 1a genannten Augenkrankheiten leiden, in der ein Fall von ansteckender Augenkrankheit (1a oder 1b) aufgetreten ist, dürfen am Unterrichte theilnehmen, müssen jedoch besondere, von den gesunden Schülern genügend weit entfernte Plätze annehmen. 5. Schüler, welche gemäss Ziffer 3 vom Schulbesuche ausgeschlossen oder gemäss Ziffer 4 gesondert gesetzt worden sind, dürfen zum Schulbesuche bzw. auf ihren gewöhnlichen Platz nicht wieder zugelassen werden, bevor eine ärztliche Bescheinigung die Gefahr der Ansteckung beseitigt ist und so lange, als der Schüler selbst als ihre Wäsche und Kleidung gründlich gereinigt worden ist. 6. Für die Beobachtung der unter Ziffer 3 bis 5 gegebenen Vorschriften ist der Vorsteher der Schule (Ziffer 2), bei einklassigen Schulen der Lehrer (Lehrerin) verantwortlich. Derselbe hat vor jeder Ausschliessung eines Kindes vom Schulbesuche wegen ansteckender Augenkrankheit (Ziffer 3) der Ortspolizeibehörde unverzüglich Anzeige zu erstatten. 7. Aus Pensionaten, Convikten, Alumnaten und aus Internaten dürfen Zöglinge während der Dauer oder unmittelbar nach dem Ausbruche einer in der Anstalt epidemisch aufgetretenen ansteckenden Augenkrankheit nicht in die Heimath entlassen werden, wenn dies nach ärztlichem Gutachten ohne Gefahr der Uebertragung der Krankheit geschehen kann, und alle vom Arzt für nöthigen Vorsichtsmaassregeln beobachtet worden sind. 8. Lehrer und andere im Schuldienste beschäftigte Personen, welche an einer ansteckenden Augenkrankheit (1a und 1b) erkranken, haben hiervon dem Vorsteher der Schule (Ziffer 2) unverzüglich Anzeige zu erstatten. Wohnet der Erkrankte im Schulhause selbst, so hat der Vorsteher der Schule darauf hinzuwirken, dass der Erkrankte ärztlich behandelt und, falls dies nach ärztlichem Gutachten erforderlich ist, abgesondert wird. Wohnet der Erkrankte ausserhalb des Schulhauses, so hat der Vorsteher der Schule während der Dauer der Krankheit das Schulhaus nicht betreten, bevor eine ärztliche Bescheinigung die Gefahr der Ansteckung beseitigt und seine Wäsche und Kleidung gründlich gereinigt worden ist. Leidet der Erkrankte an einer der unter 1b aufgeführten Augenkrankheiten, so darf er seinen Dienst bei der Schule fortsetzen, wenn bzw. so lange er keine deutliche Eiterabsonderung hat. 9. Lehrer und anderweitig im Schuldienste beschäftigte Personen, in denen ein Fall von ansteckender Augenkrankheit (1a und 1b) auftritt, haben hiervon dem Vorsteher der Schule (Ziffer 2) unverzüglich Anzeige zu erstatten. Handelt es sich um eine der unter 1a aufgeführten Augenkrankheiten, so dürfen

teten Arzt zu beantragen. Ob bzw. wie oft dieselbe zu wiederholen ist, die zuständige Behörde nach Anhörung des beamteten Arztes. 11. Für die Pflege der an ansteckenden Augenkrankheiten leidenden Schüler hat, soweit nicht nach ärztlicher Bescheinigung durch die Eltern veranlasst wird, die Ortsbehörde Sorge zu tragen. 12. Während der Dauer einer ansteckenden Krankheit in einer Schule sind das Schulgrundstück, die Schulzimmer und Bedürfnisanstalten täglich besonders sorgfältig zu reinigen, die Schulausgänge während der unterrichtsfreien Zeit fleissig zu lüften, die Bedürfnisanstalten nach Anordnung der Ortspolizeibehörde zu desinficiren; die Thürklinken, Schultafeln und Bänke täglich nach Beendigung des Unterrichts mit einer lauwarmen Lösung von Theile Seife und reiner Carbolsäure in hundert Theilen Wasser zu reinigen. Diese Vorschrift gilt auch für die in Ziffer 7 bezeichneten Anordnungen und erstreckt sich in diesen auch auf die Wohn-, Arbeits- und Schlafräume.

Schliessung einer Klasse oder einer ganzen Schule wegen einer ansteckenden Augenkrankheit wird nur in den seltensten Fällen erforderlich und rathlich und kann nur durch den Landrath (Oberamtmann) bzw. in Städten, welche einen eigenen Kreis bilden, den Polizeiverwalter des Orts nach Anhörung des beauftragten Arztes geschehen. Namentlich ist sie bei Folliculärkatarrh fast nie und bei Eiterkrankheit in der Regel nur dann erforderlich, wenn eine grössere Anzahl von Schülern an deutlicher Eiterabsonderung leidet. Ist Gefahr im Verzuge, so kann der Vorsteher der Schule und die Ortspolizeibehörde auf Grund ärztlichen Bescheides die vorläufige Schliessung der Schule selbständig anordnen, haben jedoch dem Kreisschulinspector und dem Landrath (Oberamtmann) unverzüglich Anzeige zu erstatten. 14. Die Wiedereröffnung einer wegen einer ansteckenden Augenkrankheit geschlossen gewesenen Schule oder Schulklasse darf nur auf Grund der Anordnung des Landrath (Oberamtmann) bzw. in Städten, welche einen eigenen Kreis bilden, des Polizeiverwalters des Ortes zu treffenden Anordnung erfolgen. Der Vorsteher der Schule hat eine gründliche Reinigung und Desinfection des Schullokals vorzunehmen. In den vorstehenden Vorschriften Ziffer 1 bis 14 finden auch auf private Unter- und Erziehungsanstalten, einschliesslich der Fortbildungsschulen, Hand-

von Beirathenden mit genügender Zahl anstehendem, etwas Wasser enthaltend zu verpacken, besorgen ferner über eines der vorhererwähnten Flüssigkeiten wie dieselbe im Fortschreiten des Entzündungsprozesses zu haben sind: 2. dass in den Schulen schon früher möglichst darauf Bedacht zu nehmen ist durch nasses Aufwischen entfernt wird wird: 3. dass über brennende Stellen in Bezug auf Nr. 1 von Lehrer besonders zu warnen sind: 4. dass kranken Kindern das Wegbleiben von der Schule zum Zweck längerer Curen mit besonderer Bereitwilligkeit anzuzeigen und gestanden werden.

## H. Fürsorge für Neugeborene, Kest- und Haltekinder.

### 1. Bestimmungen betr. die Blennorrhoe der Neugeborenen.

Preuss. Hebammen-Lehrbuch vom Jahre 1892

§ 218: „Ansteckender Schleimfluss ist eine Absonderung der Schleimhaut der Geschlechtstheile und Harnwege, welche durch einen unreinen Beischlaf hervorgerufen wird. Man findet dann den Scheideneingang und die Harnröhre geröthet und bemerkt einen milchigen Schleim in grösserer Menge hervorgehen. Die Schleimhaut der Scheide fühlt sich dabei oft körnig an. Solcher Schleim ist ausserordentlich ansteckend, sobald er auf eine andere Schleimhaut übertragen wird. Die Hebamme muss sich daher aufs äusserste in Acht nehmen, dass sie nicht, nachdem sie ein solche Kranke untersucht hat, den ansteckenden Schleim derselben auf die Geschlechtstheile einer Anderen überträgt. Aeusserste Reinlichkeit, sehr oft wiederholtes Waschen, längeres Anskochen der gebrauchten Instrumente wird erforderlich. — Besonders gefährlich ist es, wenn von diesem Schleim etwas in die Augen geräth. Schwere Entzündungen, oft mit Verlust der Sehkraft, können die Folge sein.

So sind auch die Augen der Neugeborenen bei allen Schwangeren, die an ansteckendem Schleimfluss leiden, sehr gefährdet. Um einer Erkrankung derselben vorzubeugen, dringe die Hebamme auf Zuziehung eines Arztes schon während der Entbindung. Bis der Arzt zur Stelle ist, suche die Hebamme die Scheide der Kreissenden von dem ansteckenden Schleim durch Ausspülen und Abtupfen möglichst gründlich zu reinigen und vor Allem wasche sie dem Kinde sofort nach Hervortritt des Kopfes, bevor es noch die Augen geöffnet hat, die Augenlider mit reinem Wasser gründlich von dem anhaftenden Schleim der mütterlichen Geburtswege. Sofort nach dieser Reinigung tröpfele sie dem Kinde aus ihrem Augentropfglas einen Tropfen zweiprocentiger Höllensteinlösung in jedes Auge. Was dabei von der Flüssigkeit etwa aus der Lidspalte herausfliesst, ist sogleich sorgfältig abzutupfen.“

§ 324: „Die Augenentzündung der Neugeborenen ist eine gefährliche Krankheit, welche oft in wenigen Tagen zu unheilbarer Erblindung führt. Sehr viele Kinder haben in früheren Zeiten ihr Augenlicht durch dieselbe verloren. — Die Krankheit beginnt in den ersten Tagen nach der Geburt mit Anschwellung und Röthung der Augenlider. — Bald quillt dann aus der Lidspalte dünnbräunliche Flüssigkeit hervor und in den folgenden Tagen, wenn man die geschwellenen Lider von einander zieht, dicker, eiteriger Schleim. Von diesem Schleim wird auch der Augapfel leicht angegriffen und die klare Hornhaut desselben getrübt. — Diese Augenentzündung kommt dann zu Stande, wenn dem Kinde bei der Geburt körniger Schleimfluss aus der Scheide der Mutter in die Lidspalte gedrungen ist. — Die Hebamme wird hierdurch einsehen, wie ausserordentlich wichtig es ist, dass sie dem Kinde, sobald der Kopf geboren ist, diesen verderblichen Schleim sofort mit reinem Wasser von den Augen abwäscht. Von der Sorgfalt, welche sie dabei anwendet, wird oft die Gesundheit der Augen des Kindes abhängig sein. Im Uebri-

sich nach den im § 218 gegebenen Vorschriften. — Ist trotz der Beobachtung die Krankheit beim Kinde ausgebrochen, so ist sofort ein Arzt hinzu-

Bis zu seiner Ankunft Sorge die Hebamme durch fleissiges Auswaschen für Entfernung des angesammelten eitrigen Schleims und lege mit kleinen polstern kalte Aufschläge auf die Augen. Sie nehme sich dabei auch sehr Mass sie nichts von dem ansteckenden Schleim auf ihr eigenes oder andere ertrage.“

elbe Erkrankung ist Gegenstand des preussischen Ministerial-Erlasses December 1896:

„In einer Universitätsklinik während des Jahres 1893 in auffallender Häufigkeit Behandlung gekommenen Fälle von Blennorrhoe der Neugeborenen hatten uns gegeben, eine Ermittlung über die in den preussischen Universitäts- und Entbindungsanstalten während der Jahre 1890 bis 1894 beobachteten Augen der Neugeborenen an eitriger Augenentzündung anzustellen, um zu können, ob diese Krankheit etwa eine Verminderung seit Herausgabe der vorwärtig gültigen Hebammen-Lehrbuches von 1892 erfahren hat. Die wissenschaftliche Deputation für das Medicinalwesen, welcher das Berichtsmaterial vorgelegt ist, hat sich hierüber wie folgt aus:

Nach den Erhebungen ist zwar bisher eine wesentliche Herabminderung der blennorrhöisch erkrankten Neugeborenen in den betreffenden Anstalten noch nicht bemerkenswerth geworden, jedoch ist andererseits keine Thatsache ermittelt, welche die Nützlichkeit der prophylaktischen Behandlung der Neugeborenen nach der Credé'schen Methode ernstlich in Frage gestellt würde. Wenn der Erfolg der im Hebammenlehrbuch (§§ 218 und 324) vorgeschriebenen prophylaktischen Behandlung der Neugeborenen bisher noch nicht ziffermässig zu Tage getreten ist, so ist zu sehen von der Kürze der Zeit, nicht sowohl die Unzulänglichkeit der Bestimmungen, als vielmehr der Umstand zu beschuldigen, dass die Vorschriften des Hebammenlehrbuchs wahrscheinlich noch immer nicht von allen Hebammen mit der nöthigen Gewissenhaftigkeit befolgt werden. Es wird sich als nützlich erweisen, die Beachtung der bezüglichlichen Bestimmungen den Hebammen allgemein aufs neue zu schärfen zu lassen.“

Ich stimme mit dieser gutachtlichen Auffassung im Wesentlichen übereinstimmend, so dass Ew. Excellenz ganz ergebenst, das Erforderliche zur Erreichung dieses zu veranlassen und hierbei insbesondere Folgendes zu beachten: „Die Kreisärzte durch die Regierungspräsidenten anzuweisen sein, dass sie bei den Nachprüfungen, die Prophylaxe der eitrigen Augenentzündung der Neugeborenen an der Hand der Vorschriften des Hebammenlehrbuchs zum Gegenstand der Prüfung machen und sich dabei von der Geschicklichkeit der Hebammen in der Anwendung des Credé'schen Verfahrens thunlichst überzeugen; das Gleiche gilt hinsichtlich der Regierungs- und Medicinalräthe bei den von ihnen abzuhaltenden Prüfungen der Hebammen-Candidatinnen. Das Befähigungszeugniss als Hebamme ist denjenigen zu ertheilen sein, die bei der Prüfung eine ausreichende Kenntnis von der eitrigen Augenentzündung der Neugeborenen und dem Werthe eines prophylaktischen Verfahrens, sowie die erforderliche Uebung in der Anwendung der Credé'schen Methode besitzen. Dementsprechend würden auch die Vorstände der Hebammenlehranstalten darauf hinzuweisen sein, dass sie diesem Zweck des Unterrichts eine besondere Beachtung zu Theil werden lassen.“



## 2. Bestimmungen über die Schälblasen der Neugeborenen.

Gegen die Schälblasen der Neugeborenen (*pemphigus neonatorum*) hat der Verwaltungsphysikus von Hamburg am 27. Juni 1896 folgendes Rundschreiben an sämtliche Hebammen erlassen:

„Nachdem neuerdings in Hamburg Fälle von Schälblasen- oder Schälblattern-Erkrankung der Neugeborenen in grösserer Zahl mit mehreren Todesfällen aufgetreten sind, hat das Medicinalcollegium zwecks Anbahnung wirksamer Maassregeln gegen die Ausbreitung dieser Krankheit am 18. Juni d. Js. beschlossen, in dem § 2 der Anweisung für das Verhalten der Hebammen zur Verhütung des Wochenbettfiebers vom 25. Oktober 1894 hinter dem Worte „Rose“ einzuschalten „Schälblasen oder Schälblattern der Neugeborenen (*Pemphigus neonatorum*).“ Diesen Zusatz hat jede Hebamme in den ihr 1894 zugestellten Abdruck obiger Anweisung einzutragen. Neue vervollständigte Abdrücke werden auf Wunsch vom Medicinalbureau unentgeltlich verabfolgt. — Die Hebammen sind also künftig nach § 15 der genannten Anweisung vom 25. Oktober 1894 verpflichtet, bei Vorkommen eines Falles von Schälblasen in ihrer Praxis sich jeder Berufsthätigkeit so lange zu enthalten, bis sie Verhaltensmaassregeln von dem zuständigen Kreisphysikus eingeholt haben. — Die Schälblasen oder Schälblattern sind runde oder unregelmässig geformte, sich schnell vergrössernde Bläschen von etwa Erbsen- bis Zehnpfennigstückgrösse und darüber. Sie entstehen gewöhnlich in den ersten Tagen nach der Geburt an den verschiedensten Körperstellen auf der Haut der Neugeborenen. Anfangs sind sie mit klarer Flüssigkeit prall gefüllt, später wird der Inhalt trübe, schliesslich eiterähnlich. Nach einiger Zeit platzen die Blasen, und an ihrer Stelle zeigt sich ein rother, nässender, von der Oberhaut entblösster Fleck. Fieber ist meistens nicht vorhanden: in der Regel tritt nach 1—3 Wochen bei zweckmässiger Behandlung Heilung ein. Nicht selten kommen jedoch auch Fälle mit Fieber und tödtlichem Ausgange vor. Verwechslungen mit dem syphilitischen Blasenausschlag der Neugeborenen, der meldepflichtig ist, sind leicht möglich. Es empfiehlt sich daher Befragung des zugezogenen Arztes. Die Schälblasen sind sehr ansteckend und werden besonders leicht durch Hebammen oder Wärterinnen von einem Neugeborenen auf das andere übertragen. Aeltere Kinder und Erwachsene sind weniger empfänglich. „In jedem Falle von Schälblasen hat die Hebamme auf Zuziehung eines Arztes zu dringen und sich jeder Berührung des erkrankten Neugeborenen zu enthalten. Die ausserdem noch erforderlichen Maassnahmen werden von dem zuständigen Physikus angeordnet.“

Ausführlichere Vorschriften enthält der preussische Ministerial-Erlass vom 27. Februar 1900:

„Das wiederholte Vorkommen gehäufte Erkrankungen von Neugeborenen an Schälblasen (*Pemphigus neonatorum*) hat mir Anlass zu Erhebungen gegeben. Aus den eingegangenen Berichten geht hervor, dass auch die nichtsyphilitische Schälblasenerkrankung der Neugeborenen ansteckend sein, durch Gebrauchsgegenstände, sowie auch von Person zu Person übertragen werden und nicht nur Kinder, sondern auch Erwachsene befallen kann. Den Hauptantheil an der Verbreitung haben die Hebammen und Wärterinnen. Der Verlauf der Krankheit war in vielen Fällen ein ernster und oftmals tödtlicher. Die Schälblasenerkrankung verdient hiernach eine andere Würdigung und Beurtheilung, als dieselbe bisher nach den Angaben des Hebammenlehrbuchs von 1892 S. 242 (§ 321 Absatz 6) erfahren hat. An Stelle der dort selbst gegebenen Darstellung wird daher folgende Belehrung zu geben sein:

„Neben dem Seite 153 (§ 219) erwähnten syphilitischen Blasenausschlag der neugeborenen Kinder kommt auch eine Form von sehr ansteckenden Schälblasen vor.

ntstehen gewöhnlich in den ersten Tagen nach der Geburt auf der Haut an den niedensten Körperstellen als runde oder unregelmässig geformte, manchmal sich all vergrössernde Bläschen von der Grösse eines Hirsekorns bis zu der eines Zehningstücks und darüber. Im Gegensatze zu dem syphilitischen Blasenausschlag sind vielfach die Fusssohlen und Handflächen frei. Wo die Bläschen dichter n, können sie zusammenfliessen, bis handteller-grosse Blasen bilden und den ern ein Aussehen geben, als ob sie verbrüht seien.

Anfangs sind die Bläschen in der Regel mit klarer Flüssigkeit gefüllt, später der Inhalt trübe, schliesslich eiterähnlich. Nach einiger Zeit platzen die Blasen an ihrer Stelle zeigt sich ein rother nässender, von der Oberhaut entblösster k. Neben den älteren können neue frische Bläschen bis in die dritte Woche enten. Fieber ist in den leichten Fällen nicht vorhanden; in der Regel tritt nach r bis drei Wochen bei zweckmässiger Behandlung Heilung ein. Nicht selten men jedoch auch Fälle mit Fieber und tödtlichem Ausgange vor.

Die Schälblasen sind sehr ansteckend und können durch Gebrauchsgegenstände l Personen verbreitet werden; insbesondere werden dieselben aber leicht durch ammen oder Wärterinnen von einem Neugeborenen auf andere mit unreinen be-ungsweise mit durch Eiterstoffe beschmutzten Händen übertragen. Auch ältere der und Erwachsene können von der Krankheit ergriffen werden.

Hat die Hebamme ein n Schälblasen leidendes Kind berührt, so hat sie ihre nde aufs Sorgfältigste zu desinficiren und, bevor sie zu einer zweiten Wöchnerin r einem zweiten Kinde geht, ihre Kleider zu wechseln.

Von jeder in ihrer Praxis vorkommenden Schälblasenerkrankung eines Kindes t die Hebamme dem Kreisphysikus unter näherer Darlegung des Falles mündlich er schriftlich Anzeige zu erstatten und den hiernach ergehenden Weisungen Folge leisten. Beim Auftreten von mehreren Fällen in ihrer Praxis hat sich die He-ame der Ausübung ihres Berufs so lange zu enthalten, bis sie von dem Kreis-ysikus Verhaltungsmaassregeln eingeholt hat.

Jeder Fall ist in das Tagebuch einzutragen. Auf die Zuziehung eines Arztes t in allen mit Fieber verbundenen Fällen zu dringen.“

EW. pp. ersuche ich, für geeignete Bekanntgabe der vorstehenden Anweisung an e Hebammen Sorge zu tragen und die Kreisärzte des dortigen Bezirks anzu-eisen, dass sie nach Maassgabe dieser Anweisung die Schälblasen bei den Nach-rufungen der Hebammen zum Gegenstande der Besprechung machen und auf die achachtung der Anzeigepflicht achten. Von der Auflage einer zeitweisen Enthaltung er Hebammen von ihrer Berufsthätigkeit ist entsprechend dem in der Verfügung vom . April vorigen Jahres — M. 5340 — gegebenen Anhaltspunkte nur in dringlichenällen da Anwendung zu machen, wo von den anderweiten Maassnahmen behufs Ver-ütung der Ansteckung, wie Desinfection des Körpers und der Instrumente, Desinfec-ion und Wechsel der Kleider, ein ausreichender Erfolg nicht zu erwarten sein sollte.“

### 3. Bestimmungen über die eitrige Mittelohrentzündung bei Neugeborenen.

Preussischer Ministerial-Erlass vom 30. November 1894:

„Wie durch neuere Beobachtungen festgestellt worden ist, tritt bei Neuge-borenen nicht selten die eitrige Mittelohrentzündung auf und hat ohne zweckmässige ärztliche Behandlung in vielen Fällen den Verlust des Gehörs und selbst Taub-stummheit zur Folge. Unter Bezugnahme auf den von dem Regierungs- und Medicinal-rath Dr. Wehmer zu Coblenz über diesen Gegenstand gehaltenen Vortrag, abgedruckt

in No. 16 der Allgemeinen deutschen Hebammen-Zeitung vom 15. August d. Js., ersuche ich Ew. Excellenz ganz ergebenst, gefälligst dahin zu wirken, dass die Hebammenschülerinnen bei dem Unterricht in den Lehranstalten auf die Anzeichen der Ohren-Entzündung bei Neugeborenen und darauf hingewiesen werden, dass in Krankheitsfällen derart gemäss § 318 des im Jahre 1892 herausgegebenen Hebammenlehrbuchs ohne Säumen ein Arzt hinzuzuziehen ist. — Die bereits im Beruf stehenden Hebammen werden in geeigneter Weise auf diese Krankheit aufmerksam zu machen und von den Kreisärzten gelegentlich der Nachprüfungen entsprechend zu belehren sein“.

#### 4. Kost- und Haltekinderwesen.

Preussischer Ministerial-Erlass vom 25. August 1880:

„Die Circularverfügung, welche von unseren Herren Amtsvorgängern am 18. Juli 1874 über das gewerbmässige Halten von Kostkindern erlassen worden ist, hat sich nach damaliger Lage der Gesetzgebung darauf beschränken müssen, die polizeiliche Anmeldung solcher Kinder vorzuschreiben und eine thunlichst sorgfältige Controle der Kostgeber einzuführen. Nachdem in Artikel I des Reichsgesetzes vom 23. Juli 1879 ausgesprochen worden ist, dass die Erziehung von Kindern gegen Entgelt nicht unter die Vorschriften der Gewerbe-Ordnung fällt, ist das Hinderniss hinweggeräumt, welches damals einem kräftigeren Einschreiten der Verwaltungsbehörden entgegenstand. Wo ein Bedürfniss besteht, die Angelegenheit behördlich zu regeln, wird dies am zweckmässigsten durch den Erlass von Polizei-Verordnungen geschehen, wobei sich die Beachtung folgender Gesichtspunkte empfiehlt: 1. Personen, welche gegen Entgelt fremde, noch nicht 6 Jahre alte Kinder in Kost und Pflege nehmen wollen, bedürfen dazu der Erlaubniss der Polizeibehörde. 2. Die Erlaubniss wird nur auf Widerruf, und nur solchen Personen weltlichen Geschlechts ertheilt, welche nach ihren persönlichen Verhältnissen und nach der Beschaffenheit ihrer Wohnungen geeignet erscheinen, eine solche Pflege zu übernehmen. 3. Die Erlaubniss muss vor einem etwaigen Wohnungswechsel auf Neue nachgesucht werden. 4. Im Falle einer üblen Behandlung der Kinder oder einer denselben nachtheiligen Veränderung der häuslichen Verhältnisse der Kostgeberin wird die Erlaubniss zurückgenommen. 5. Den Beamten der Polizeibehörde oder den von der letzteren beauftragten Personen ist von der Kostgeberin der Zutritt zu ihren Wohnungen zu gestatten, auf alle die Pflegekinder betreffende Fragen Auskunft zu ertheilen; auch sind die Kinder auf Erfordern vorzuzeigen. 6. Die einzelnen in Pflege zu nehmenden Kinder sind bei der Polizeibehörde anzumelden und, sobald das Verhältniss aufhört, wieder abzumelden. 7. Bei den Meldungen sind der Name des Kindes, Ort und Tag seiner Geburt, Name und Wohnung seiner Eltern, bei ehelichen Kindern Name und Wohnung seiner Eltern, bei unehelichen Kindern Name und Wohnung der Mutter und des Vormundes anzuzeigen. 8. Die Uebertretung der gegebenen Vorschriften ist mit 30 Mark Geldstrafe oder verhältnissmässiger Haft zu bedrohen.

Ew. Excellenz Erwägung geben wir dabei anheim, ob von der Anwendung der Polizeiverordnung diejenigen Kinder auszunehmen sind, für welche die Fürsorge der öffentlichen Armenpflege, sowie sonstiger öffentlicher Wohlthätigkeitsanstalten eintritt -- ferner diejenigen Personen, welche im erweislichen Auftrage eines staatlich genehmigten Wohlthätigkeitsvereins oder ohne Verfolgung von Erwerbszwecken im Auftrage eines „Angehörigen“ (cfr. Reichsstrafgesetzbuch) oder eines Vormundes des Kindes die Fürsorge für dasselbe übernommen haben.

**Ew. Excellenz** ersuchen wir ergebenst, für Ihren Verwaltungsbezirk auf den **ss einer Polizei-Verordnung, welche die vorstehend bezeichneten Gesichtspunkte Ausdruck bringt, gefälligst hinzuwirken und davon, wie dies geschehen, uns eige zu machen**“.

Hierzu ist noch beachtenswerth der Preussische Ministerial-Erlass vom **März 1896:**

„Aus den auf die Rundverfügung vom 26. Juni v. Js. erstatteten Berichten **en wir** ersehen, dass die polizeiliche Ueberwachung der sogenannten Ziehkinder **fast allen Landestheilen durch Polizeiverordnungen geregelt ist, die als Alters-ize für die Ueberwachung den Abschluss des sechsten Lebensjahres festsetzen.** **h wiederholter Erwägung vermögen wir in Uebereinstimmung mit der in der 1rzahl der Berichte vertretenen Auffassung, ein Bedürfniss, die Altersgrenze ter hinauszusetzen, nicht anzuerkennen und bestimmen deshalb hiermit, dass es jenen Vorschriften zu bewenden hat. Mit der Vollendung des sechsten Lebens-res pflegt der Schulbesuch zu beginnen und von diesem Zeitpunkt ab werden an lle der Polizei die Lehrer die Ueberwachung der Ziehkinder auszuüben haben. das Kind körperlich oder geistig verwahrlost, so kann das den Lehrern bei iger Aufmerksamkeit nicht verborgen bleiben und diese sind alsdann verpflichtet, h die Abstellung des Uebelstandes angelegen sein zu lassen. Sollten sie hierzu ht selbst im Stande sein oder sollte ihre persönliche Einwirkung auf die Pflege-ern zu keinem Erfolge führen, so haben sie die Vernachlässigung dem Vor-nde, dem Waisenrathe oder der Polizeibehörde anzuzeigen, damit von dort aus hülfe geschafft werde. Uebrigens werden in der Regel Vormünder und Waisen-be schon aus eigenem Antriebe den schulpflichtigen Ziehkindern erhöhte Auf-ksamkeit zuwenden und sie vor Vernachlässigung wirksam zu schützen suchen.**

Dagegen werden diejenigen Kinder einer weiteren unmittelbaren Fürsorge von **iten der Polizei bedürfen, welche noch nach vollendetem sechstem Lebensjahre -gen körperlicher oder geistiger Mängel vom Schulbesuche befreit sind und mit- a, falls die polizeiliche Ueberwachung mit diesem Zeitpunkte aufhören sollte, dann er behördlichen Aufsicht überhaupt entbehren werden.**

Ew. etc. ersuchen wir daher ergebenst, die Polizeiverwaltungen Ihres Bezirks **fälligst anzuweisen, diesen Kindern ihre Aufmerksamkeit solange zuzuwenden, s durch die Aufnahme in der Schule oder durch anderweite Umstände die polizei-che Ueberwachung entbehrlich wird**“.

In Bayern findet dieselbe Frage ihre gesetzliche Regelung in dem Polizei-**trafgesetz vom Jahre 1861, in Sachsen in der Desdener Verordnung von 1865 nd im Chemnitzer Schutzstatut vom Jahre 1875, in Hessen durch das Kinder-chutzgesetz von 1878, in Gotha durch die Verordnung über das Ziehkinderwesen on 1874 u. s. w.**

## **J. Fürsorge für Frauen.**

### **Fürsorge für erkrankte Wöchnerinnen.**

Die Bestimmungen zur Bekämpfung des Wochenbettfiebers sind landesgesetz-**liche und daher in den einzelnen Bundesstaaten der Form nach verschiedene, der Sache nach stimmen sie jedoch meist überein. Als Beispiel sollen im Nachstehenden die preussischen Vorschriften dem Wortlaut nach angefügt werden, während eine Uebersicht über die Verordnungen anderer Bundesstaaten das Capitel beschliesst:**

a) Preussischer Erlass vom 22. November 1888.

„Nachdem reichliche, vielseitige und zuverlässige Erfahrung die von der

Wissenschaft längst gewonnene Lehre, dass das Kindbettfieber fast in alle mit grosser Sicherheit und verhältnissmässig geringen Mitteln verhütet werden bestätigt hat, erlasse ich hiermit eine Anweisung zu denjenigen Maassnahmen mit welchen fortan die Hebammen bei Ausübung ihres Berufs gehalten sein die verderbliche Krankheit von den ihrer Sorge anvertrauten Frauen abzuwenden. Indem ich Ew. Hochwohlgeboren ergebenst beigeschlossen ein Exemplar dieser Anweisung (Anlage) mit dem Ersuchen zugehen lasse, gefälligst die erforderlichen Anordnungen zur Durchführung der ertheilten Vorschriften zu treffen, will ich besonders den hohen Werth und Ernst der Aufgabe hervorheben.

Die Entstehung des Kindbettfiebers ist nicht, wie diejenigen der meisten anderen ansteckenden Krankheiten, an eine besondere Ursache gebunden, welche unter gewissen Umständen an einem Ort zur Einwirkung gelangt, sondern auf dem Eindringen stets und überall verbreiteter Krankheitskeime in den menschlichen Organismus, für deren Entwicklung Mangel an Reinlichkeit die häufigste Bedingung ist, es rafft daher seine Opfer Jahr aus Jahr ein in den verschiedensten Gegenden dahin. Alljährlich bringt es, wie aus statistischen Erhebungen erschlossen ist, im Preussischen Staate Tausenden den Tod, anderen Taubstummheit und Elend für immer oder doch für lange Zeit. Bei dem Verlust es sich um ein Haupt der Familie, in welchem dieselbe, Mann und Kind, einmal das Neugeborene, der Gattin, der Mutter, der Ernährerin und Erhalterin raubt wird. Es wird durch die Krankheit so häufig, wie kaum von einer Krankheit das Glück der ganzen betroffenen Familie zerstört. Tritt ferner irgend eine andere Krankheit ein, so kann dieselbe gerade durch diejenige Person, welche berufen ist in den Zeiten der Gefahr Beistand zu leisten, und welche das Vertrauen der bedürftigen besitzen soll, nämlich die Hebamme, am weitesten weiter verbreitet werden. Wird diesem Unglück rechtzeitig dadurch vorgebeugt, dass der Hebamme die weitere Ausübung des Berufs zeitweilig untersagt wird, so können dadurch solche Zeit doch sowohl anderweitige Nothstände für die Bevölkerung erleichtert werden, indem dieser, namentlich in dünn bewohnten Landstrichen, der Hebamme Beistand erschwert oder selbst entzogen wird, wie auch missliche Verhältnisse der Hebamme, welche dabei ihres Erwerbes verlustig geht, erwachsen. Um die unheilvollen Zustände ein Ende zu machen, muss somit für alle Hebammen Personen von der grössten Wichtigkeit sein und als eine der gebietendsten Aufgaben der Verwaltung des Gesundheitswesens empfunden werden. Die Art und Weise, wie ihr wird sich um so erfolgreicher und dankbarer erweisen, mit je grösserer Pflichterfüllung die gegebene Anweisung befolgt werden wird.

So wenig Macht vorhanden ist, die einmal zur Entwicklung gelangte Krankheit zu einem glücklichen Ausgange zu führen, so gewiss ist die Aussicht, durch vorgeschriebene einfache Verfahren die Entstehung derselben zu verhüten, indem die Keime aus Allem, was nur irgend wie von Aussen her mit den Geburtsorgenen Berührung kommen kann, durch sorgfältigste Reinigung soviel als möglich beseitigt und im Uebrigen mittelst der desinficirenden Kurbolsäure unschädlich gemacht werden. Dass letzteres thatsächlich erreicht wird, ist durch die Erfolge an den Hebammenanstalten der preussischen wie anderer Universitäten unwiderlegbar bewiesen, welchen trotz mancher besonders widriger und schwieriger Umstände die Krankheiten früher der Schrecken dieser Institute, das Verderben ihrer Wöchnerinnen, durch sorgfältige Ausbildung und Durchführung der Verhütungsmaassregeln nur höchstens vereinzelt — an manchen in Jahren in keinem einzigen Fall — entstanden. Wenn auch den Hebammen in der privaten Ausübung ihres Berufs nicht sämmtliche in den Anstalten benutzte Mittel in gleicher Vollkommenheit zu Gebote stehen,

ausgedehnt worden.

um die durchgängige Beachtung der Vorschriften möglichst zu sichern, wollen ich wohlgeboren gefälligst Sorge dafür tragen, dass die Anweisung nebst Belehrung über die vorstehend angedeuteten Gesichtspunkte, welche bei dem Verfolgt werden, sowohl in dem Amtsblatt, als in den amtlichen Publications- der Kreise zur Veröffentlichung gelangt, auch jeder Bezirks- wie frei prakt- en Hebamme in einem Druckexemplar gegen Empfangsbescheinigung zur n Nachachtung und zur Aufbewahrung bei ihrem Lehrbuch eingehändigt wird. sind die Hebammen ausdrücklich darauf aufmerksam zu machen, dass durch nweisungen die Vorschriften der geltenden Ausgabe des preussischen Heb- lehrbuchs und der in demselben enthaltenen Instruction im Sinne der Be- ng des § 5 zu Ziffer 2 der allgemeinen Verfügung, betr. das Hebammenwesen August 1883, abgeändert und ergänzt werden. Ferner bestimme ich, dass bei lentlichen Nachprüfungen der Hebammen jedesmal der Inhalt der Anweisung m Gegenstände der Prüfung und, falls dieselbe nicht ein befriedigendes Er- liefern sollte, auch eingehender Belehrung durch den Kreisarzt, und dass r in der aufzunehmenden Registratur ein besonderer Vermerk gemacht wer- l. Auch empfiehlt es sich, den Verbrauch von Desinfectionsmitteln seitens der en Hebammen, soweit als thunlich, einer Controle zu unterziehen.

Ich darf die zuverlässige Erwartung aussprechen, dass Ew. Hochwohlgeboren, rungen von der Wichtigkeit der Sache, auf die vollkommenste Beachtung der hier- roffenen Bestimmungen mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln halten werden, ne über die Art der Durchführung und die Erfolge derselben einem gefälligen, Vermittelung des Herrn Oberpräsidenten einzureichenden Berichte entgegen-

ge.

weisung für die Hebammen zur Verhütung des Kindbettfiebers.

um Zwecke der Verhütung des Kindbettfiebers sowie anderer ansteckender eiten im Wochenbette, treffe ich in Ergänzung und theilweiser Abänderung der iften des Lehrbuchs der Geburtshülfe und der Instruction für die preussischen

nach der letzten Wäsche noch nicht benutzt und soll bis zu ihrem Gelde den übrigen Kleidungsstücken der Hebamme abgesondert aufbewahrt werden.

§ 3. Bevor sich die Hebamme zu einer Entbindung oder zu einer Begleitung begibt, Sorge sie dafür, dass ihre Fingernägel kurz und rund geschnitten, glatte Ränder haben; jedesmal entferne sie den Schmutz unter den Nägeln dem Nagelfalz sowie aus etwaigen Hautschrunden an den Händen, und gründlich die Hände und Vorderarme, bei welchen Verrichtungen sie ein Hand- und Nagelbürste und Seife anzuwenden hat.

§ 4. Bei Ausführung führe die Hebamme stets ausser den im § 96 Absatz 1 des Hebammen-Lehrbuchs § 11 der Instruction vorgeschriebenen Geräthschaften noch die folgenden:

- a) eine reine, waschbare, nach dem letzten Waschen noch nicht hellfarbige Schürze, mit welcher die ganze vordere Hälfte des Kleides bedecken kann,
- b) Seife zum Reinigen der Hände und Arme,
- c) eine geeignet haltene Hand- und Nagelbürste zu demselben Zweck,
- d) ein reines, nach dem Waschen noch nicht gebrauchtes Handtuch;
- e) 90 g verflüssigter reiner Carbonsäure (*Acidum carbolicum purum liquefactum* der Pharmacopoe) in einer Flasche die deutliche und haltbare Bezeichnung „Vorsicht! Carbonsäure! Nur verdünnt und nur äusserlich zu gebrauchen!“ stets haben und verschlossen gehalten werden muss, nebst einem geeigneten Gefäss zum von je 15 und 30 g der genannten Säure. Ausserdem muss sie den in No. 1 bezeichneten Thermometer nicht nur „wo möglich“ sondern gleichfalls mitführen. Die mitzuführende Spülkanne (Irrigator) soll ein Liter halten, eine Marke zur Abmessung von  $\frac{1}{2}$  Liter haben und mit einem passenden Schlauch von 1 bis  $1\frac{1}{2}$  m Länge versehen sein. Am zweckmässigsten ist die Spülkanne glatt und besteht dieselbe, sowie die zugehörigen Ansatzstücke aus Glas; jedoch sind auch Spülkannen aus Weissblech brauchbar.

§ 5. Die Hebamme ist für die Reinlichkeit ihrer Geräthschaften stets verantwortlich, und für die sichere Aufbewahrung der Carbonsäure, welche derart stattfinden soll, dass die Säure keiner andern Person zugänglich ist. An Stelle der in § 9 des Hebammenlehrbuchs enthaltenen Vorschriften über die Reinhaltung der Geräthschaften treten die Bestimmungen in § 8 Absatz 2, §§ 12 und 13 Anweisung.

§ 6. Die innere Untersuchung einer Schwangeren, Kreissende oder Wöchnerin darf von der Hebamme niemals anders als mit völlig gereinigten Händen und Vorderarmen ausgeführt werden. Wenn die Hebamme eine solche Untersuchung oder eine Verrichtung vornimmt, bei der sie mit den Geschlechtstheilen der zu Untersuchenden oder mit ein Theil in der Nähe dieser Theile in Berührung kommt, Sorge sie dafür, dass der Aermel nur die obere Hälfte ihrer Oberarme bedecken und nicht tiefer sinkt. Sodann wasche sie gründlich unter Anwendung der Hand- und Nagelbürste Seife ihre Arme und Hände mit lauem Wasser, welches, wenn möglich, duftend sein soll, und trockne sie dieselben mittelst eines reinen Tuches ab. In derselben Weise verfare sie darauf bei der zu Untersuchenden mit den äusseren Geschlechtstheilen und den Nachbartheilen der letzteren, wobei zum Abtrocknen Watte, Wundwatte oder Jute, dagegen niemals ein Schwamm angewendet werden soll. Ausserdem halte die Hebamme, wo es sich um eine Entbindung handelt, nur irgend die Verhältnisse es gestatten, darauf, dass die Kreissende mit ihrer erwärmten Leibwäsche, sowie mit ebensolchen Bettbezügen und Unterlage für das Geburtslager und ferner für das Wochenbett versehen wird. (Hierdurch wird die Vorschrift in § 105 Absatz 1 des Hebammenlehrbuchs vervollständigt.) Nach jeder Untersuchung desinficire die Hebamme ihre Hände und Vorderarme durch

in Carbolverdünnung (§ 7). Nunmehr erst, aber nun auch alsbald, führe sie suchung der Schwangeren, Kreissenden oder Wöchnerin aus. § 7. Wo in der tigen Anweisung von Carbolverdünnung die Rede ist, wird darunter stets die- üssigkeit verstanden, welche sich die Hebamme in folgender Weise herstellt mische sorgfältig zu je 1 Liter Wasser 30 g der verflüssigten reinen Carbol- 4) und zwar derart, dass sich die Säure, welche etwas schwerer als Wasser t auf den Boden des Mischgefässes absetzt, sondern gleichmässig in dem vertheilt wird. Am zweckmässigsten geschieht die Mischung in einer ver- ien Flasche unter tüchtigem Umschütteln und mehrmaligem Umstürzen der- In einer Schüssel darf die Carbolsäure dem Wasser nur allmählig und unter gem Umrühren zugesetzt werden. Dagegen darf das Zusetzen der Carbolsäure ser niemals in der Spülkanne erfolgen, weil die Säure sonst, ohne die nöthige ung erfahren zu haben, zum Abfluss gelangen und in diesem Zustande den a Körpertheil schwer beschädigen kann. § 8. Vor der ersten Unter- einer Kreissenden bereite die Hebamme 2 Liter Carbolverdünnung. -- ringe sie in die Spülkanne, in welche sie vorher die zu der letzteren ge- ansatzröhren, den Katheter und die Nabelschnurscheere gelegt hat, nach Ver- les Schlauches soviel, dass die bezeichneten Geräthschaften von der Flüssig- g überdeckt sind. Wird eine derselben benutzt, so wird sie nach dem i sorgfältig mit Seife gewaschen, abgetrocknet und wieder in die Spülkanne legt und in derselben bis zur Beendigung des Geschäftes aufbewahrt. Wird canne zu Einspritzungen oder Bespülungen gebraucht, so sind die Geräth- sammt der Carbolverdünnung in einem anderen Gefäss unterzubringen. it, etwa  $1\frac{1}{2}$  Liter der Verdünnung bringe die Hebamme zu gleichen n zwei Schüsseln. Die eine derselben dient zur erstmaligen Desinfection der d Arme der Hebamme (§ 6 Absatz 4), die andere zur Reinigung derselben nach jeder weiteren Untersuchung der Kreissenden oder Entbundenen, sowie stigen Verrichtung der Hebamme, bei welcher letztere mit den Geschlechts- der einer Wunde in der Nähe derselben in Berührung kommt. § 9. Nach urt spüle die Hebamme vor dem Herrichten des Wochenlagers die Geschlechtstheile der Entbundenen mit reinem, lauen, vorher durch- n Wasser ab und trockne dieselben mittelst eines reinen Tuches oder reiner te oder Jute. -- Wasser von derselben Beschaffenheit ist bei der Reinigung hlechtstheile zu verwenden, welche in den §§ 121 Absatz 2, 130 Absatz 1, , 354 und 406 des Hebammenlehrbuchs angeordnet wird. § 10. Aus- n der Scheide oder Einspritzungen in die Gebärmutter darf die Hebamme tliche Anordnung nur in den durch das Lehrbuch bestimmten Fällen vor- Dabei hat sie überall, anstatt Wasser, die Carbolverdünnung anzuwenden. re Vorschrift bezieht sich insbesondere auf die in den §§ 167, 168, 179, 183



§ 12. Hat die Hebamme mit ihren Händen oder Geräthschaften die Geschlechtstheile einer Wöchnerin oder einen mit Wochenfluss verunreinigten Gegenstand berührt, so soll sie jedesmal sofort sich selbst in derselben Weise, wie sie es vor der ersten Untersuchung einer Kreissenden zu thun hat (§ 6) und zwar unter Anwendung der Hand- und Nagelbürste, die Geräthschaften aber eine Stunde hindurch, wie bei der Geburt (§ 8) reinigen und desinficiren. § 13. Ist der Wochenfluss übelriechend, faulig oder eiterig, oder hat die Berührung mit einem Gegenstande dieser Beschaffenheit stattgehabt, oder leidet die Person, welche die Hebamme mit ihren Händen oder Geräthschaften berührt hat, an einer der in § 11 bezeichneten Krankheiten, so soll die Hebamme die Reinigung, wie in § 12 vorgeschrieben ist, ausführen und ihre Hände und Arme schliesslich mindestens 5 Minuten lang mit der Carbolverdünnung sorgfältig waschen, die benutzten Geräthschaften aber vor dem Einlegen in die Carbolverdünnung eine Stunde lang auskochen. § 14. Hat sich die Hebamme in der Wohnung einer Person befunden, welche an einer der nachgenannten Krankheiten oder an einer als solche verdächtigen Krankheit leidet, nämlich an Kindbett-, Faul- oder Eiterfieber, Gebärmutter- oder Unterleibsentzündung, Rose, Diphtherie, Scharlach, Pocken, Fleckentyphus oder Ruhr, so darf sie eine Schwangere, Kreissende oder Wöchnerin nicht untersuchen oder auch nur besuchen, bevor sie nicht die Kleider gewechselt und sich, wie in § 13 vorgeschrieben ist, gereinigt und desinficirt hat. § 15. Befindet sich eine der in § 14 bezeichneten kranken oder verdächtigen Personen in der Wohnung der Hebamme oder ist in der Praxis der Hebamme eine Wöchnerin an Kindbettfieber, Gebärmutter- oder Unterleibsentzündung oder an einer als solche verdächtigen Krankheit erkrankt oder gestorben, so hat die Hebamme sofort Verhaltungsmaassregeln von dem zuständigen Kreisärzte einzuholen und vor dem Empfange derselben sich jeder beruflichen Thätigkeit zu enthalten. § 16. Pflügt die Hebamme eine an Kindbettfieber, Gebärmutter- oder Unterleibsentzündung oder an einer als solche verdächtigen Krankheit leidende Wöchnerin, so darf sie während dieser Zeit die Untersuchung einer Schwangeren gar nicht und die Untersuchung oder Pflege einer anderen Wöchnerin oder einer Kreissenden lediglich im Nothfalle, wenn eine andere Hebamme nicht zu erlangen ist, und auch in diesem Falle nur dann übernehmen, nachdem sie ihren ganzen Körper mit Seife gründlich, womöglich im Bade, abgewaschen und ausserdem sich, wie im § 14 vorgeschrieben ist, gereinigt, desinficirt und frisch bekleidet hat. § 17. Die Kleider, welche die Hebamme bei der Untersuchung oder dem Besuche einer Person, die an einer im § 14 bezeichneten oder als solche verdächtigen Krankheit leidet, getragen hat, dürfen mit anderen Kleidern der Hebamme nicht zusammengebracht und müssen gründlich ausgekocht und mit Seife ausgewaschen und mittelst strömenden Wasserdampfes in einem Dampf-Desinfectionsapparat desinficirt werden, bevor dieselben weiter gebraucht werden dürfen. § 18. Leichen oder die Bekleidungsgegenstände von Leichen berühre die Hebamme niemals. Hat sie solches trotz dieses Verbots gethan, so ist sie verpflichtet, wie in § 16 vorgeschrieben ist, zu verfahren.“

Im Anschluss an diesen Erlass wurden überall entsprechende Polizeiverordnungen erlassen, zum Beispiel die Polizei-Verordnung des Königlichen Oberpräsidenten der Rheinprovinz vom 2. April 1891:

„§ 1. Alle diejenigen, welche sich mit der Ausübung der Heilkunde gewerbmässig beschäftigen, haben jeden in ihrer Praxis vorkommenden Fall von Kindbettfieber sofort der Ortspolizeibehörde desjenigen Ortes, an welchem derselbe aufgetreten ist, schriftlich oder zu Protokoll anzuzeigen. — In dieser Anzeige muss enthalten sein: Namen und Wohnort der Erkrankten, Tag der Entbindung und Name der bei der Entbindung und im Wochenbett thätigen Hebamme, Wartefrau oder Kranken-

Kreisphysikus mündlich oder schriftlich Anzeige zu machen. § 4. Wenn milie einer Hebamme Rose, Scharlach, Diphtherie oder Eiterfieber auftritt, enn die Hebamme selbst an ihrem Körper, insbesondere an ihren Fingern Wunden hat, oder bei einer Krankenpflege mit eiternden oder jauchigeng in Berührung kommt, so hat sie dem Kreisphysikus unverzüglich nzeige zu machen und darf nur im Nothfalle vor Entscheidung des Kreis-er Gebärenden oder Wöchnerin Beistand leisten. § 5. Wenn eine zu gen an sich nicht berechnigte Person eine Entbindung ausführt (Nothfall), sofort der Ortspolizeibehörde desjenigen Orts, an welchem die Entbindung , hiervon schriftlich oder zu Protokoll Anzeige zu erstatten. § 6. Zu- lungen gegen die Vorschriften dieser Verordnung werden, sofern nicht allgemeinen Strafgesetzen eine höhere Strafe verwirkt ist, mit einer Geld- zu 60 Mark und im Unvermögensfalle mit entsprechender Haft bestraft.“ ebersicht über die sonstigen landesgesetzlichen Bestimmungen nd die Behandlung kranker Wöchnerinnen.

nhalt sind entsprechende Bestimmungen gegeben durch die Hebammen- i vom 24. Juni 1889; in Baden durch die Hebammen-Dienstanweisung ovember 1879; in Baiern durch den Ministerial-Erlass vom 15. December raunschweig durch den Erlass des Obersanitäts-Collegiums vom 9. Mai remen durch die Verfassung der Medicinal-Commission vom 6. August vember 1879, sowie durch die Instruction der Hebammen vom 24. Februar Elsass-Lothringen durch die Hebammenordnung vom 24. Mai 1889; in urch die Hebammen-Instruction vom 1. October 1887; in Mecklenburg- n durch den Ministerial-Erlass vom 30. October 1893; im Königreich urch die Instruction für die Hebammen zur Verhütung des Kindbettfiebers ovember 1897; in Sachsen-Meiningen durch die Verfügungen vom 1882, 19. November 1893 und vom 20. October 1894; in Schaumburg- reh die Verfügung vom 24. Februar 1888; in Schwarzburg-Rudolstadt Verfügung vom 16. December 1889 u. s. w.

welche endgültig zu tragen kein Ortsarmenverband verpflichtet ist liegt den Landarmenverbänden ob. Dieselben umfassen der Regel von Ortsarmenverbänden, können sich aber ausnahmsweise auf den Ortsarmenverband beschränken. § 6. Armenverbände, deren ein bestimmtes Glaubensbekenntnis geknüpft ist, gelten nicht als Sinne des Gesetzes. § 7. Die Orts- und Landarmenverbände sind die Verfolgung ihrer Rechte einander gleich. Hat ein Bundesstaat Functionen des Landarmenverbandes übernommen (§ 5), so durch dieses Gesetz geregelten Verhältnissen den Landarmer § 8. Die Landesgesetze bestimmen über die Zusammensetzung der Ortsarmenverbände und Landarmenverbände, über die Art und im Falle der Hilfsbedürftigkeit zu gewährenden öffentlichen Unterstützung Beschaffung der erforderlichen Mittel, darüber, in welchen Fällen Weise den Ortsarmenverbänden von den Landarmenverbänden oder eine Beihilfe zu gewähren ist, und endlich darüber, ob und inwie armenverbände der Ortsarmenverbände als ihrer Organe behufs der stützung Hilfsbedürftiger bedienen dürfen. Erwerb des Unterstützungssitzes: § 9. Der Unterstützungswohnsitz wird erworben durch a) Verehelichung, b) Verheirathung, c) Abstammung. Durch Aufenthalt: § 10. Ein Ortsarmenverbandes nach zurückgelegtem achtzehnten Lebensjahre lang ununterbrochen seinen gewöhnlichen Aufenthalt gehabt hat, demselben den Unterstützungswohnsitz. § 11. Die zweijährige Frist, an welchem der Aufenthalt begonnen ist. Durch den Kranken-, Bewahr- oder Heilanstalt wird jedoch der Aufenthalt Wo für ein ländliches oder städtisches Gesinde, Arbeitsleute, beamtete, Pächter oder andere Miethsleute der Wechsel des Wohnortes durch Gesetz oder ortsübliches Herkommen festgesetzten Terminen : übliche Umzugstermin als Anfang des Aufenthaltes, sofern nicht Termine und dem Tage, an welchem der Aufenthalt wirklich beginnt siebenjähriger Zeitraum gelegen hat. § 12. Wird der Aufenthalt

nach den Vorschriften der §§ 22 No. 2, 23, 24 verloren oder einen  
igen Unterstützungswohnsitz nach Vorschrift der §§ 9—14 erworben haben.  
Is selbstständig in Beziehung auf den Erwerb und Verlust des Unter-  
wohnstitzes gilt die Ehefrau auch während der Dauer der Ehe, wenn und  
er Ehemann sie böſlich verlassen hat, ferner wenn und solange sie während  
der Haft des Ehemannes oder in Folge ausdrücklicher Einwilligung des-  
er kraft der nach den Landesgeſetzen ihr zustehenden Befugniß vom Ehe-  
tennt lebt und ohne deſſen Beihülfe ihre Ernährung findet. Durch Ab-  
ng: § 18. Eheſiche und den ehelichen geſetzlich gleichſtehende Kinder  
vorbehalten der Beſtimmung des § 20, den Unterſtützungswohnsitz des  
lange, biſ ſie deñſelben nach Vorſchrift der §§ 22 No. 23—27 verloren  
n anderweitigen Unterſtützungswohnsitz nach Vorſchrift der §§ 9—14 er-  
aben. Sie behalten dieſen Unterſtützungswohnsitz auch nach dem Tode des  
s zu dem vorſtehend gedachten Zeitpunkte, vorbehalten der Beſtimmung

§ 19. Wenn die Mutter den Vater überlebt, ſo theilen nach Auflöſung  
durch den Tod des Vaters die ehelichen und den ehelichen geſetzlich gleich-  
Kinder den Unterſtützungswohnsitz der Mutter in dem Umfange des § 18.  
gilt in dem Falle des § 17, ſofern die Kinder bei der Trennung vom Haus-  
s Vaters der Mutter gefolgt ſind. § 20. Bei der Scheidung der Ehe theilen  
hen und den ehelichen geſetzlich gleichſtehenden Kinder in dem Umfange  
den Unterſtützungswohnsitz der Mutter, wenn dieſer die Erziehung der  
uſteht. § 21. Uneheliche Kinder theilen in dem Umfange des § 18 den  
zungswohnsitz der Mutter. Verlust des Unterſtützungswohnsitzes:  
er Verlust des Unterſtützungswohnsitzes tritt ein durch 1. Erwerb eines  
igen Unterſtützungswohnsitzes, 2. zweijährige ununterbrochene Abweſenheit  
ickgelegtem achtzehnten Lebensjahre. § 23. Die zweijährige Friſt läuft  
Tage, an welchem die Abweſenheit begonnen hat. Durch den Eintritt in  
ken-, Bewahr- oder Heilanſtalt wird jedoch die Abweſenheit nicht begonnen.  
ländliches oder ſtädtiſches Geſinde, Arbeitsleute, Wirthſchaftsbeamte,  
der andere Miethsleute der Wechſel des Wohnortes zu beſtimmten, durch  
der ortsübliches Herkommen feſtgeſetzten Terminen ſtattfindet, gilt der

norde eines der betheiligten Armenverbände abgesandt ist. Die U als nicht erfolgt, wenn der Antrag nicht innerhalb zweier Monate oder wenn derselbe erfolglos geblieben ist. Pflichten und Rechte verbände: § 28. Jeder hülfsbedürftige Norddeutsche muss von denjenigen Ortsarmenverbänden unterstützt werden, in dessen Bezirk er bei dem Eintritte der Hülfsbedürftigkeit befindet. Die vorläufige Unterstützung erfolgt vorbehaltlich des Anspruchs auf Erstattung der Kosten, bezugnehmend auf die Uebernahme des Hülfsbedürftigen gegen den hierzu verpflichteten Ortsarmenverband. § 29. Wenn Personen, welche im Gesindedienst stehen, Gesellen, Lehrlinge, an dem Orte ihres Dienstverhältnisses erkranken, so ist der Ortsarmenverband des Dienstortes die Verpflichtung, den Erkrankten die Unter- und Verpflegung zu gewähren. Ein Anspruch auf Erstattung der Unter- und Verpflegungskosten, beziehungsweise auf Uebernahme des Hülfsbedürftigen durch einen anderen Armenverband erwächst nur, wenn die Krankenpflege während vier Wochen fortgesetzt wurde, und nur für den über diese Frist hinausgehenden Theil. Dem zur Unterstützung an sich verpflichteten Ortsarmenverbande muss sieben Tage vor Ablauf des sechswöchentlichen Zeitraums Nachricht von der Erkrankung gegeben werden, widrigenfalls die Erstattung der Kosten sieben Tage nach dem Eingange der Nachricht beginnenden Zeitraum nicht in Anspruch genommen werden kann. Schwangerschaft an sich ist nicht als eine Krankheit in der vorstehenden Bestimmung anzusehen<sup>1)</sup>. § 30. Zur Erstattung der Kosten der Unterstützung eines hülfsbedürftigen Norddeutschen erwachsenen Kosten, nicht in Gemässheit des § 29 dem Ortsarmenverbande des Dienstortes, sind verpflichtet: a) wenn der Unterstützte einen Unterstützungswohnsitz hat, derjenige Ortsarmenverband seines Unterstützungswohnsitzes; b) wenn der Unterstützte keinen Unterstützungswohnsitz hat, derjenige Landarmenverband, in dessen Bezirk er bei dem Eintritte der Hülfsbedürftigkeit befand oder, falls er im Zustande aus einer Straf-, Kranken-, Bewahr- oder Heilanstalt entlassen wurde, derjenige Landarmenverband, aus welchem seine Einlieferung in die Anstalt erfolgte. Die Höhe der zu erstattenden Kosten richtet sich nach den am Orte der Unterstützung üblichen Kosten der öffentlichen Unterstützung.

ist, werden Angehörige dieser Staaten als Ausländer angesehen. Bei Streitigkeiten der Armenverbände verschiedener Bundesstaaten entscheidet nach §§ 42—52 das Reichsgericht für das Heimathswesen in Berlin endgiltig, das in den meisten Fällen auch als höchste Berufungsinstanz für die Streitigkeiten der Armenverbände untereinander gilt. Auf Grund des Gesetzes über den Unterstützungsbezirk (in den einzelnen Bundesstaaten durch Landesgesetz die Ortsarmenverbände, meist die Gemeinden) und die Landarmenverbände gebildet. Als Landarmenverbände gelten in Preussen: die Provinzen, nur in Ostpreussen die Kreise. In Nassau und Hohenzollern ist der Regierungsbezirk zugleich Landarmenverband. In Berlin und Breslau ist der Stadtkreis Landarmenverband, für den übrigen Stadtbezirk ist der Kreisverband zugleich Landarmenverband. In Baden, Sachsen-Meiningen, Waldeck und Württemberg sind die Kreise Landarmenverbände. In Oldenburg sind die Verwaltungskreise Landarmenverbände. In den übrigen Bundesstaaten bildet der Staat zugleich den Landarmenverband.

Das preussische Ausführungsgesetz vom 8. März 1871 (G.-S., S. 130), das Ausführungsgesetz vom 11. Juli 1891 (G.-S., S. 300):

Jedem hilfsbedürftigen Deutschen (§ 69) ist von dem zu seiner Unterstützung verpflichteten Armenverbande Obdach, der unentbehrliche Lebensunterhalt, die ärztliche Pflege in Krankheitsfällen und im Falle seines Ablebens ein angemessenes Begräbnis zu gewähren. Die Unterstützung kann geeigneten Falles, so lange die Unterstützung in Anspruch genommen wird, mittelst Unterbringung in einem Armen- oder Heilungsanstalt, sowie mittelst Anweisung der den Kräften des Hilfsbedürftigen entsprechenden Arbeiten ausserhalb oder innerhalb eines solchen Hauses gewährt werden. Die Armenverbände für die einem Unterstützungsbedürftigen geleisteten Amtshandlungen sind verpflichtet, die Armenverbände zu entrichten nicht verpflichtet. . . . § 31. Die Landarmenverbände in der Provinz Ostpreussen der Landarmenverband der Provinz — sind verpflichtet, für Bewahrung, Cur und Pflege der hilfsbedürftigen Geisteskranken, Epileptischen, Taubstummen und Blinden, soweit dieselben der Unterstützung bedürfen, in geeigneten Anstalten Fürsorge zu treffen. Verpflichtet zur

pflege Bedürftigen, sowie über die Höhe der zu erstattenden Kosten werden ments getroffen, welche der Genehmigung der zuständigen Minister un § 31d. Land- und Stadtkreise können mit Genehmigung der Oberpr auch in Zukunft die Fürsorge für hilfsbedürftige Geisteskranke, Idioten, Epi Taubstumme und Blinde in eigene Anstalten übernehmen. In diesen Fälle die Landkreise die allgemeinen Verwaltungskosten allein und dürfen die O verbände höchstens bis zu einem Drittel der sonstigen Kosten heranziehen § 31e. Die Landarmenverbände, Kreise und die aus mehreren Gemeir Gutsbezirken zusammengesetzten Communalverbände sind auch ferner befugt, sorge für Sieche unmittelbar zu übernehmen. Die gleiche Befugniss vert Kreisen und den im Absatz 1 bezeichneten Communalverbänden hinsicht hilfsbedürftigen Kranken.“

### 3. Die ärztliche Behandlung der kranken Armen.

Die zur Versorgung in Krankheitsfällen verpflichteten Armenverbände, Gemeinden, haben für die ärztliche Behandlung „Armenärzte“ angenommen weder vertragsmässig oder als Beamte angestellt werden. In Hamburg, und Lübeck, wo Staat und Gemeinde identisch sind, sind die Armenärzte beamte, ebenso in Württemberg. Lippe-Detmold und Reuss j. L. In P werden sie von dem Gemeindevorstand (Magistrat) nach Anhörung der G vertretung (Stadtverordnetenversammlung), in Baiern von der Gemeindeve auf Antrag des Armen-Pflegschaftsraths, in Sachsen von dem Gemeinderath gemeinderathe), in Württemberg von der Amtsverwaltung nach Bestätigun der Kreisregierung angestellt u. s. w.

### Bemerkenswerthe Bestimmungen der Einzelstaaten.

Baden: § 15 der Dienstanweisung für die Bezirksärzte vom 1. Janu „Durch das Ministerium kann der Bezirksarzt verpflichtet werden, die Bel erkrankter Armer gegen entsprechende Vergütung aus der Gemeindekasse nehmen, wenn die Gemeinde nicht im Stande ist, durch Vertrag mit einem pr Ärzte für die ärztliche Behandlung ihrer erkrankten Armen genügend Für treffen.“

Elsass-Lothringen: Cantonalarztordnung vom 2. Juni 1891 Bezirk Oberelsass: „8. Die Cantonalärzte haben die Armen ihres Amt sowie die in denselben auf öffentliche Kosten untergebrachten Kinder geltlich zu behandeln. 9. Es kann den Cantonalärzten für die Ge welche von ihrem Wohnsitze sehr entfernt gelegen sind, die Abhaltung be Sprechstage in genannten Gemeinden von dem Kreisdirector aufgegeben 10. Besondere Reisen behufs ersten Besuchs armer Kranker ist der C arzt nur verpflichtet, auf Verlangen des betreffenden Bürgermeisters oder offenbarer Dringlichkeit zu machen. Die Wiederholung der Krankenbesuche sich nach Lage des Falles und haben die Cantonalärzte die zur Weiterbeh armer Kranker nothwendigen Besuche nach Pflicht und Gewissen, auch ohn dere Berufung durch den Bürgermeister vorzunehmen. 11. Um vor missbräü Berufungen sicher zu sein, kann der Cantonalarzt für jede Gemeinde, in dieses nicht schon seither vorgeschrieben und üblich war, die Aufstellur Armenliste beantragen. Dieselbe erfolgt durch eine Commission, welc Kreisdirector ernannt und von welcher der Cantonalarzt Mitglied ist. 12. Lieferung von Arzneien und sonstigen Heilmitteln an Arme hat sich der Cant mit der betreffenden Gemeindebehörde in Verbindung zu setzen und bei seit wendungen die grösste Sparsamkeit walten zu lassen.“

In Hessen gelten ähnliche Bestimmungen für die Kreisärzte wie in

Instruction vom 14. Juli 1884). In Lippe sind vom Staate Bezirksarmen-  
gestellt, welche ein Gehalt von 300 Mark beziehen. Die Bezirke umfassen  
wohnerzahl, welche von 6000—15000 schwankt.

inungen: Nach dem Gesetz vom 14. April 1868 Art. 12 sind die  
te zur unentgeltlichen Behandlung kranker Armer nicht verpflichtet.

Ist jeder Arzt, sei er Amtsarzt oder nicht, verpflichtet, sich gegen die  
0 des Gesetzes bestimmte, von der betreffenden Gemeindekasse zu über-  
e Vergütung, der Armenpraxis anzunehmen. Wünscht eine Gemeinde wegen  
me der Armenpraxis und Zahlung eines Pauschquantums dafür, mit einem  
ch zu verständigen, so können auf deren Anrufen die desfallsigen Bedingun-  
n Gehör der Betheiligten und Vernehmung der Medicinaldeputation von dem  
nisterium; Abtheilung des Innern, auf einen Zeitraum bis zu 3 Jahren mit  
nder Kraft festgesetzt werden.

eussen: Der Runderlass vom 10. April 1821 regelt die Verhältnisse  
enärzte in zweifelhaften Fällen resp. die Verpflichtungen der Gemeinden  
r den nicht angestellten Aerzten wie folgt:

An solchen Orten, wo besoldete Armenärzte von den Communen angestellt  
ist jeder andere Arzt die zur unentgeltlichen Behandlung bei ihm meldenden  
dieser Commune in der Regel an den besoldeten Armenarzt zu verweisen  
nithin auch, wenn er sich freiwillig, den Anforderungen der Menschlichkeit  
der Kur eines Armen unterzogen hat, zu einem Ansprüche an die Commune  
rechtigt. 2. Hiervon ist jedoch der Fall dringender Gefahr und der Noth-  
eit schleuniger Hilfe ausgenommen. In diesem Falle, sowie 3. überall, wo  
deter Armenarzt nicht existirt, liegt es in dem Berufe des Arztes, dem Kranken,  
e Hilfe anruft, dieselbe ohne Anstand zu gewähren; wenn er aber demnächst  
einer Remuneration Anspruch an die Commune machen will, so muss er  
r sofort von dem Fall Anzeige machen und ihr überlassen, ob und  
ndere Vorkehrungen sie zur Heilung des ihrer Sorge anheimfallenden Armen  
sill und nur in dem Falle, wenn die Gemeinde von dem Arzte die Fort-  
ler kur verlangt, oder in gefährlichen Fällen keine anderweitigen Anstalten  
ft und den Arzt also in die Nothwendigkeit setzt, mit seinen Hilfsleistungen  
ang des Lebens und der Gesundheit des armen Kranken fortzufahren, so ist  
von der betreffenden Gemeinde die Bezahlung seines tarifmässigen Honorars  
rn befugt. 5. Die Verpflichtungen der besoldeten Armenärzte gegen die  
e, insbesondere auch Rücksichts der Frage, inwiefern sie zur Behandlung  
ranken Armen verpflichtet sind, die einer andern als derjenigen Ortsgemeinde  
n, von welcher sie als Armenärzte angenommen worden, sind zunächst und  
hlich nach dem seitens der Communen mit ihnen abgeschlossenen Vertrage  
dessen Stelle vertretenden Instruction zu beurtheilen. 6. Wo aber diese



es keinem Zweifel unterliegt, dass die communalärztliche Behandlung der armen Kranken nicht erschöpft ist, sondern munalen und Social-Hygiene, erst dann ihrem Zweck entspricht, wenn der Arzt als hygienischer Berather der Commune alle die Gesundheit und insbesondere der ärmeren Bevölkerungsklassen beeinflussenden der Gesundheitspflege dienenden communalen Einrichtungen, Verordnungen, Bestrebungen dauernd überwacht, so ergibt sich hieraus, dass die communalärztliche Thätigkeit vornehmlich vorbeugenden Zwecken zu dienen hat.

Indem ich nachstehend die wichtigsten hierbei in Frage kommende Punkte zusammenfasse, unter Vorausschickung derjenigen Armen, die hierbei nicht wohl entbehrt werden können, bestimme ich hiermit für die Zukunft alljährlich bis zum 1. März hierher einzureichenden Communalberichte auf folgende Einzelheiten sich zu erstrecken haben: 1. Zahl unterstützten Ortsarmen: a) Selbstunterstützte, und zwar Männer, Frauen (einstehend), Kinder unter 14 Jahren; b) Mitunterstützte, Zahl derselben unter 14 Jahren; 2. Zahl der vorübergehend Unterstützten; 3. Zahl der unter 14 Jahren; 4. Art der Unterbringung der Ortsarmen, a) in Armenhäusern, b) in Familienpflege, c) in Anstalten der Provinz. 5. Zahl der dauernd und vorübergehend unterstützten Ortsarmen — umfassend dauernd und vorübergehend unterstützte Ortsarmen in offenen und geschlossenen Armen-Krankenpflege, Verhältnisse der Armen. 6. Armenärzte und Remuneration derselben. Gemeinde-Diakonissen, Krankenpfleger und Pflegerinnen. 7. Beschaffenheit der Wohnungen der Armen und deren Beziehung zum Auftreten von Krankheiten (Dach-, Hof-, Hofanlagen). 8. Ernährungsverhältnisse der ärmeren Bevölkerungsklassen (Kost- und Haltekinder, Krankheitsstörungen in Folge mangelhafter oder verdorbener Nahrungsmittel — Einrichtungen und Veranlassung guter und billiger Nahrungsmittel (Consumvereine, Suppenküchen). 9. Alkoholismus, Verbreitung desselben unter der ärmeren Bevölkerung. 10. Hygienische Haus- und Gemeinde-Einrichtungen: Wasserversorgungsanlagen, Beseitigung der Abfallstoffe. Zustand und in

## **mitt II. Besondere Bestimmungen über Krankenpflege.**

### **A. Das Pflegepersonal.**

#### **1. Krankenpfleger, Krankenpflegerinnen.**

Ueber die Stellung der Pflegepersonen in der Gewerbeordnung  
merkung auf den Seiten 739, 755, 761.

das Gewerbe der Krankenpflege, das heisst: das Pflegen von Kranken  
tgtelt (Lohn oder Geschenke) ausüben will, hat dies nach § 14 Absatz 1 der  
werbeordnung (siehe S. 755) der zuständigen Behörde (dem Gemeindevor-  
nzuzeigen (Anmeldepflicht der Pflegepersonen).

inzelnen Bundesstaaten haben sich die Pflegepersonen, welche sich zur Aus-  
er Berufsthätigkeit an einem Orte niederlassen, unter Angabe ihres Wohn-  
ihrer persönlichen Verhältnisse schriftlich oder mündlich auf bei dem zu-  
Medicinalbeamten (Kreisarzt, Bezirksarzt, Physikus u. s. w.) zu melden.

Ueber die Versicherungspflicht und -Berechtigung der Pflege-  
n siehe SS. 851, 852.

Jeber die Verpflichtung der Pflegepersonen zur Anzeige an-  
der Krankheiten siehe das Capitel: „ansteckende Kranke.“

Die Ausbildung und Gewinnung ausreichend unterrichteter  
ersonen ist wiederholt znm Gegenstande amtlicher Kundgebungen und  
gen gemacht worden.

erkenswerth ist die im Januar 1875 von dem Apotheker Lehfeld in Berlin  
eussische Abgeordnetenhaus gerichtete Petition, in der die Ausbildung von

3 Jahren, und zwar zum 1. Mal bis zum 1. März k. Js. von dem Magistrats-  
, die übrigen von den Communalärzten alljährlich und zwar so zu beant-  
ass die Berichte ein möglichst erschöpfendes Bild der communalen Hygiene  
obei es den Berichterstattern überlassen bleibt, diejenigen Abschnitte, die



inhang der in den Pflegerhäusern ausgeübten Pflege zu ernennen und  
t zum Besuche des Pflegerhauses sowie zur Theilnahme an dessen Festlich-  
Die Beziehungen der in den Ruhestand versetzten Pfleger zu den Pfleger-  
in geeigneter Weise zu unterhalten liegt den Pflegerhausvorständen ob. Ins-  
e sind letztere ermächtigt, sie auch zum Besuche des Pflegerhauses und zur  
me an dessen Feierlichkeiten zuzulassen. 5. Pflegerheime. Bei den-  
anstalten, wo die Pflegerhäuser sich nicht befinden, bestehen für männliche  
weibliche Pfleger getrennte Pflegerheime. Die Pflegerheime haben den  
) dem Pflegerpersonale in dienstfreier Zeit zum Aufenthalte zu dienen,  
ihre Einrichtungen dem Pflegerpersonale die Möglichkeit zur Erholung von  
istischen Anstrengungen sowie Anregung zur Fortbildung zu gewähren,  
ie Fortbildung der Hilfspfleger, nach Befinden durch Ertheilung von Unter-  
riden zu sorgen. Vorsteher der Pflegerheime ist in der Regel der An-  
stliche oder, wo ein solcher nicht angestellt ist, der mit der Seelsorge be-  
Geistliche. Sind mehrere Geistliche bei einer Anstalt angestellt, so ernennt  
sterium des Innern aus ihnen den Vorsteher der Pflegerheime. Stellver-  
les Vorstehers ist bei den Anstalten, wo nicht mehrere Geistliche vor-  
sind, der Anstaltskatechet und wenn mehrere Geistliche angestellt sind, ein  
sterium aus diesen zu bestimmender Geistlicher. Bei den Anstalten, wo  
thet nicht angestellt ist, wird vom Ministerium des Innern ein anderer ge-  
Beamter mit der Stellvertretung beauftragt. Im Uebrigen bleibt dem Ministe-  
Innern für besondere Fälle vorbehalten, in Abweichung von der erwähnten  
den Pflegerheimvorsteher oder einen Stellvertreter zu bestimmen. Die Leitung  
erheime erfolgt durch die Vorsteher nach den Bestimmungen, die von den  
ausvorständen im allgemeinen Auftrage und unter der Aufsicht des Ministe-  
s Innern hierfür aufgestellt werden. Der Pflegerheimvorsteher hat über  
ger während dienstfreier Zeit und während Urlaubs Aufsicht zu führen.  
gerhausvorstände haben sich durch Besuche der Pflegerheime davon zu  
en, dass die Bestimmungen für die Leitung der letzteren eingehalten werden.  
Anträge in dieser Beziehung sind an das Ministerium des Innern zu richten.  
gerhausvorständen und Pflegerheimvorstehern ist es unbenommen, wegen

gemeldeten für den Pflegerdienst. Der Arzt hat männliche Pers  
körperlich zu untersuchen, weibliche Personen nur insoweit, als di  
achtung unbedingt nöthig ist und auch dann in rücksichtsvoller W  
Gegenwart und soweit thunlich unter Vermittelung einer geeigneten  
frauen können ausnahmsweise aufgenommen werden. So  
bedürfen jedoch der Genehmigung des Ministeriums. Von der Zugel  
bestimmten christlichen Confession ist die Annahme nicht abhän  
2. Verpflichtung. Die in das Pflegerhaus Eintretenden werde  
mittelst Handschlags unter Verweisung auf die ihnen einzuhändigend  
und die sonstigen Dienstvorschriften in Pflicht genommen. Dabei  
Einrichtungen beim Pflegerdienste zu verständigen. 3. Zweck der  
rend der Lehrzeit wird der Lehrpfleger durch Unterricht und durch  
Krankenpflege für den Pflegedienst vorgebildet. 4. Verhehlichun  
wird Verhehlichung während der Lehrzeit nicht gestattet. 5. Abga  
können jederzeit aus dem Pflegerhause wieder austreten oder aus  
entlassen werden. Lehrpflegern werden, sobald sie die Absicht an  
haben, oder ihnen die Verfügung ihrer Entlassung eröffnet ist, Ba  
zu der Zeit der Erklärung oder der Eröffnung gewährt.

### § 3. Hülfpfleger.

1. Eintritt in den Hülfsdienst. Verpflichtung. Sobal  
nach seinen Eigenschaften und seiner Befähigung für den Pflegerd  
und die Ausbildung im Dienste einer Anstalt für zweckmässig  
seine Verwendung als Hülfpfleger bei einer Anstalt einzutreten  
tut erfolgt mittelst Handschlags bei der Anstalt. 2. Fortbildu  
hause. Soweit die Fortbildung des Hülfpflegers im Pflegerhause f  
wird, ist ihm der Besuch der im Einvernehmen mit der Anstalt z  
abzuhaltenden Unterrichtsstunden möglich zu machen. 3. Stellu  
sind im Sinne des Anstaltsdienstes als im Probendienste für  
verwendete Beamte anzusehen. Für sie gelten daher die Vorschri

#### Familienhausstandes nachweist. 6. Zurückweisung an das Pflegerhaus.

Ein Hülfpfleger von der Dienstleistung bei der Anstalt wegen dienstlichen Verhaltens oder wegen Unbrauchbarkeit enthoben, so ist er, wenn im Falle nicht zugleich eine strafrechtliche Vergehungs vorliegt und deshalb Uebergabe an die Justizbehörde angezeigt erscheint, an das Pflegerhaus zurückzuweisen. Beim Pflegerhause ist alsbald darüber, ob er zu entlassen oder anderwärts Hülfpfleger zu verwenden ist, Entschliessung zu fassen. Auch hängt es von dem Willen beim Pflegerhause ab, ob der Zurückgewiesene thatsächlich dahin zurückzuweisen oder ob er unmittelbar vom Pflegerheime aus zu einer anderweiten Verwendung übergehen kann, oder zu entlassen ist. Vom Tage der Zurückweisung an sind ihm bis zur Entlassung oder bis zur anderweiten dienstlichen Verwendung die für Hülfpfleger geordneten Bezüge zu gewähren. Die etwa durch seine Uebersiedelung ins Pflegerhaus erwachsenen Kosten sind ihm zu vergüten. 7. Reife zum Pfleger. Stellungsanträge. Wenn vom Pflegerhause die Ausbildung eines Hülfpflegers beendet und derselbe von der Anstalt zur Verwendung als Pfleger für reif erklärt ist, so ist seine Anstellung beim Ministerium mittelst Berichts zu beantragen. Gleichen Anträge sind von der Anstalt, in deren Dienst der Hülfpfleger sich befindet, und dem Pflegerhausvorstande gemeinschaftlich zu stellen.

### § 4. Pfleger.

1. Voraussetzungen der Anstellung. Die Anstellung als Pfleger setzt voraus, dass eine zu besetzende Stelle zur Verfügung steht, dass der Vorgeschlagene 21. Altersjahr erfüllt hat, dass er nach ärztlichem Gutachten gesund ist, dass er im Pflegerhause ausgebildet oder mindestens durch einen nach den Umständen bemessenden Aufenthalt im Pflegerhause mit dem Geiste und den Einrichtungen des Pflegerdienstes bekannt gemacht worden ist, dass er in der Regel mindestens zwei Jahre als Hülfpfleger Dienst geleistet hat, wobei die Zeit eingerechnet werden kann, während welcher er etwa bei dem Pflegerhause Dienst geleistet hat.

Bei zweifellos vorliegender ganz besonderer Befähigung für den Pflegerdienst werden Ausnahmen von der vorgeschriebenen Dauer des Hülfsdienstes gestattet werden. 2. Aufnahme in die Pflegerschaft. Verpflichtung. Nach dem Eingange der Anstellungsverordnung hat baldthunlichst die Aufnahme in die Pflegerschaft zu erfolgen, die durch den Vorstand des Pflegerhauses in feierlicher Weise in der Kirche der Anstalt, bei der das Pflegerhaus sich befindet, vorzunehmen ist. Die ausnahmsweise Bewirkung der Aufnahme in der Kirche der Anstalt, bei der der Pfleger angestellt ist, bedarf der vorherigen Genehmigung des Ministeriums des Innern. Hierauf erfolgt noch vor dem Dienstantritte die Verpflichtung bei der Anstalt nach den bestehenden allgemeinen Vorschriften.

3. Stellung. Die Pfleger sind Unterbeamte der Anstalt und werden vom Ministerium des Innern mit Staatsdienereneigenschaft unter Vorbehalt einvierteljähriger Probirung angestellt. 4. Pensionsansprüche: Die Pfleger haben die durch die Landesgesetze für Staatsdiener bestimmten Pensionsansprüche. Bei weiblichen Pflegern erstrecken sich diese Pensionsansprüche nur auf sie selbst, nicht auf ihre Hinterlassenen. 5. Verheirathung. Verheirathung ist weiblichen Pflegern überhaupt nicht, männlichen nur nach vorher eingeholter Genehmigung des Ministeriums gestattet. Diese Genehmigung wird aber einem männlichen Pfleger nur dann ertheilt werden, wenn derselbe mindestens das fünfundzwanzigste Altersjahr erfüllt hat und, sofern er nicht mindestens der zweiten Geistesstufe der Pfleger angehört, den Nachweis genügender Mittel zur Führung eines Familienhausstandes beibringt.

nachdem der Anzustellende durch einen nach den Umständen zu  
zeren Aufenthalt im Pflegerhause mit dem Geiste und den Einricht  
dienstes bekannt gemacht worden ist. Die Anstellung erfolgt auf  
die ihrerseits vorher dem Pflegerhausvorstande Gelegenheit zur Beg  
und das Gutachten mit dem Berichte dem Ministerium des Inn  
2. Stellung. Verpflichtung. Die Oberpfleger werden vo  
Staatsdienereigenschaft und mit Vorbehalt einvierteljähr  
angestellt. Sie sind Unterbeamte. Ihre Verpflichtung erfolgt  
den allgemeinen Vorschriften. 3. Pensionsansprüche. Als  
Oberpfleger die gesetzlichen Pensionsansprüche, und zwar: män  
für sich und ihre Hinterlassenen, weibliche Oberpfleger nur f  
4. Verehelichung. Männlichen Oberpflegern wird die Ve  
nicht im einzelnen Falle besondere Bedenken vorliegen, vom M  
werden. Ob weiblichen Oberpflegern diese Genehmigung aus  
werden kann, hängt von den Verhältnissen im einzelnen Falle ab

#### § 6. Baar- und Naturalbezüge. Dienstfolge.

1. Art der Bezüge. Lehrpfleger erhalten freie Ver  
monatliches Taschengeld zu Bestreitung kleinerer Bedürfnisse  
kleidung, sobald das Tragen der letzteren vom Pflegerhausvors  
Falle bestimmt wird. Hilfspfleger und Pfleger erhalten fre  
ausserdem Baarbezüge, wovon sie auch die Dienstkleidung z  
Die freie Verpflegung besteht in freier Kost, freier Woh  
für Lehrpfleger im Pflegerhause, für Hilfspfleger und Pfleger be  
Zöglingen und in den Pflegerheimen, freier ärztlicher Behandlung  
freiem Waschen der Wäsche — nach Maassgabe des Regulativs  
Oberpfleger erhalten baare Besoldung, von welcher sie die  
bestreiten haben. Im Uebrigen wird ihnen nur freie ärztliche Beha  
und — unter den im Regulativ über Naturalbezüge bestimmten  
freies Waschen der Wäsche, sonst aber keinerlei freie Verpflegun  
Lehrpflegern gewährte freie Kleidung bleibt im Eigenthume des P

tatfinden und das Unterrichtsmaterial aus der Verbandmittelreserve entnehmen. Auch können Wiederholungscurse stattfinden.“

Die Gewinnung von Krankenpflegern und Krankenpflegerinnen unter Mitwirkung der Vereine vom Rothen Kreuz und der Genossenschaften hat der Erlass der preussischen Minister der Medicinal- und des Innern und des Krieges vom 9. Juli 1897 folgende bemerkenswerthe Anordnungen gegeben:

In einer Zeit hat sich erfreulicher Weise auf einzelnen Gebieten der den vom Rothen Kreuz zufallenden Aufgaben eine regere Thätigkeit entfaltet, um so grösserer Genugthuung begrüsst werden darf, als diese Thätigkeit sich auf ein Feld erstreckt, welches trotz seiner hohen Bedeutung für die Verwaltung nicht genügend entwickelt war, nämlich: auf die Gewinnung eines Verwundeten- und Krankenpflege im Kriege geeigneten Hilfspersonals. In verschiedenen Richtungen hin sind diese Bestrebungen durch die Berufsgenossenschaften gefördert worden. Im Interesse der letzteren dürfte es liegen, Angehörigen, die durch Unfälle oder sonstige Verletzungen Schaden erlitten möglichst frühzeitig einer sachgemässen Hilfe zuzuführen und sie in ihrer Genesung zu überwachen; es hat sich daher in der Erkenntniss, dass rechtzeitige Behandlung der Unfallverletzten aus wirthschaftlichen Gründen für die Berufsgenossenschaften ein Erforderniss ist, bereits mehrfach das Bedürfniss herausgestellt, für eigene zweckmässige Einrichtungen Sorge zu nehmen, um ihren Unfallverletzten die erste Hilfe und die weitere Behandlung gemäss zu Theil werden kann. Dieser Erkenntniss verdanken die Unfallstationen und eigenen Krankenanstalten der Berufsgenossenschaften ihre Entstehung. Diese Bewegung dahin geltend gemacht, diese Anstalten, insbesondere Unfallstationen der Berufsgenossenschaften, im vorgedachten Sinne den Vereinen des Rothen Kreuzes nutzbar zu machen, indem für das Personal desselben eine gewünschte Gelegenheit für eine practische Ausbildung und Vorbereitung in Kranken- und Verwundetenpflege im Kriege bei den Unfallstationen vorliegt, diese Anregungen bereits auf fruchtbaren Boden gefallen und practisch



sein, Ew. Excellenz die Lösung der gestellten Aufgabe zu erleichtern uns vor, über die auf fraglichem Gebiete erzielten Ergebnisse z. Z. Excellenz einzufordern.“

Das erwähnte Rundschreiben vom 29. Mai 1897 — C.-Bl. No. 10 — lautet:

„In der Delegirten-Versammlung des vaterländischen Frauenvereins, dem persönlichen Vorsitze Ihrer Majestät der Kaiserin und Königin stattgefunden hat, gelangte u. A. die Frage zur Erörterung, ob die Friedenthätigkeit des Vereins — die Krankenpflege — durch nähere Organisation der socialen Gesetzgebung (Kranken-, Unfall-, Invalidenversicherung) einer weiteren Entwicklung fähig sei. Es wurde demnach unter Hinweis auf die seitens des vaterländischen Frauenvereins Königsberg i. Pr. gemachten günstigen Erfahrungen, wonach durch Vertheilung, mit den Krankenkassen, den Berufsgenossenschaften und Altersversicherungsanstalt Ost-Preussen in Verbindung stehende Pflegestationen während des Jahres 1896 theils in den Stationen Wohnungen zahlreiche leidende Personen angemessene Hilfe fanden, gleich dem Wunsche Ausdruck gegeben, dass auch in anderen Zwecken örtlichen oder finanziellen Verhältnisse ein gesondertes Vorgehen dieser Richtung erschweren oder verhindern, ein Zusammengehen der staatlichen Arbeiterversicherung auf der Grundlage gemeinsamer Bahnen gebahnt werden möchte. Das Reichs-Versicherungsamt hat die Gelegenheit einer eingehenden Prüfung unterworfen und ist dabei zu dem Resultat gelangt, dass ein Zusammenwirken der Berufsgenossenschaften und Altersversicherungsanstalten mit der über ganz Deutschland sich erstreckenden Organisation der Vaterländischen Frauen-Vereine nicht nur gesetzlich zulässig, sondern auch — zumal in Verbindung mit der gerade auf diesem Gebiete Thätigkeit der Aerzte — je nach Lage der örtlichen Verhältnisse segensreich und den Interessen beider Theile förderlich werden kann. In erwachsen erfahrungsmässig in ländlichen Bezirken nicht selten d

grossen der Berufsgenossenschaften und Versicherungsanstalten, wie denjenigen ärmeren Volksklassen, deren Noth und Elend der Vaterländische Frauenverein — grossen — persönlichen und pecuniären — Opfern zu lindern bestrebt ist, so liegt die Verwendung von Genossenschafts- oder Anstaltsmitteln zur Unterhaltung derartiger Wohlfahrtseinrichtungen nach Maassgabe des vorhandenen Bedürfnisses und unter der Voraussetzung entsprechender Gegenleistungen keinem Bedenken.

Das Reichs-Versicherungsamt ersucht hiernach, indem es die je nach Lage der Verhältnisse im Einzelfalle zu treffenden näheren Vereinbarungen dem dortigen Ersten Vorstände überlässt, den Vorstand ergebenst, etwaigen seitens der Verbände, Zweigvereine oder Hilfsvereine des Vaterländischen Frauenvereins in dieser Hinsicht hervortretenden Wünschen und Vorschlägen mit Wohlwollen zu begegnen und denselben, wo es möglich ist, im Einvernehmen auch mit den in Betracht kommenden Krankenkassen und Aerzten eine weitere Folge zu geben.“

e) Dienststellung und Einkommen der Pflegepersonen.

In einzelnen Bundesstaaten sind für die Pflegepersonen der Krankenhäuser, welche im Besitz der grossen Stadtgemeinden oder kommunalen Verbände sind, sowie diejenigen, die aus Staatsmitteln erhalten werden, etatsmässige Stellen eingerichtet. Die Pflegepersonen sind dann pensionsberechtigte Beamte mit auskömmlichem Gehalte und fallen unter den § 174 des Strafgesetzbuchs (siehe S. 739). Im Allgemeinen jedoch sind weder die Einkommensverhältnisse, noch die dienstlichen Bestimmungen der Pflegepersonen behördlich geregelt. Die entsprechenden Vorschriften der Pflegeordnung für das Königreich Sachsen (siehe S. 926), in denen die das Einkommen betreffenden Bestimmungen schon oben angegeben sind (siehe S. 930), sind folgende:

§ 7. Versetzung, Abordnung, Dienstreisen.

1. Versetzung und zeitweilige Abordnung. Versetzung oder auch zeitweilige Abordnung eines Hilfspflegers von einer Anstalt zur anderen, zum Pflegerhause oder umgekehrt ist dem Pflegerhause unter Vernehmung mit den Anstalten überlassen. Die Versetzung vom Pflegerhause oder von der Anstalt, in der sich dasselbe befindet, an eine andere Anstalt darf jedoch nur unter der Voraussetzung erfolgen, dass der Hilfspfleger des Unterrichts im Pflegerhause nicht mehr oder nur noch wenig bedarf. Die etwa nöthige Nachhilfe ist ihm dann im Pflegerhause der Anstalt, an die er versetzt wird, zu gewähren. Die Versetzung oder zeitweilige Abordnung eines Pflegers oder Oberpflegers an eine andere Anstalt, von einer Anstalt zum Pflegerhause oder umgekehrt ist der Genehmigung des Ministeriums vorbehalten. Bei Versetzungen, die nicht lediglich auf Antrag des Versetzten erfolgen, wird Vergütung der Umzugskosten, Hilfspflegern lediglich für die Person, bei zeitweiliger Abordnung Vergütung des Aufwandes wie bei Dienstreisen gewährt. Für beide Fälle ist dem Ministerium des Innern vorbehalten, die Vergütung nach den besonderen Umständen zu bestimmen. 2. Dienstreisen. Bei Reisen in amtlichen Verrichtungen werden Tagegelder und Reisekosten nach den hierüber bestehenden Bestimmungen gewährt. 3. Verwendung bei Aussenabtheilungen oder bei Arbeiten ausserhalb der Anstalt. Verwendung auf einer Aussenabtheilung, die nicht über sieben Kilometer von der Anstalt entfernt ist, oder bei Arbeiten ausserhalb der Anstalt giebt keinen Anspruch auf die für Dienstreisen geordneten Tagegelder oder Reisekosten.

(Lehr-, Hülfpfleger, Pfleger, Oberpfleger) darf ohne vorgängig Ministeriums des Innern eine Nebenbeschäftigung oder Neben- ein Erwerb verbunden sein oder nicht, übernehmen oder ein Gew- geschehen lassen, dass von seiner Ehefrau oder von einer andere- haltung gehörigen Person ein Geschäft, zu dessen Betriebe gew- zeige oder eine besondere Erlaubniss erforderlich ist, betriebe etwa genehmigten Gewerbebetriebe seiner Ehefrau oder sonstiger sich jeder Mitwirkung, welche mit seiner Stellung zur Anstalt od- unverträglich ist, zu enthalten. Wer den vorstehenden Verbot setzt sich der Dienstkündigung aus. Die etwa ertheilten Genehm- zeit widerruflich. An Lehrpfleger werden dergleichen Genehm- nicht ertheilt werden.

## § 9. Freizeiten und Urlaub.

1. Gewährung von Freizeiten. Die Freizeiten der sich nach der Tagesordnung des Pflegerhauses, sowie nach der weisung und Anleitung zum Pflegerdienste in der Ansta- eintheilung. Die Freizeiten der Hülfpfleger und der Pfleger den Dienstverhältnissen der Anstalt, bei welchen dieselben Es ist aber bei jeder Anstalt dahin Einrichtung zu treffen, pflegern und Pflegern ausser dem ihnen thunlichst oft zu ermöglic Gottesdienstes und dem den Hülfpflegern zu gestattenden Besuc- stunden (§ 3<sup>2</sup>) regelmässig täglich oder doch mindestens an 1 Woche gewisse Freistunden, von Zeit zu Zeit auch auf halbe Tag Freizeiten und zeitweise Befreiung vom Nachtdienste durch Eintritt gewährt werden können. Bei der Pflege Geisteskranker oder and- sonst bei besonders anstrengendem Dienst sind den einzelnen Pflegern in der Regel allwöchentlich zwei freie Nachmittage oder und ein freier Nachmittag, sowie ausserdem einmal Befreiung v- gewähren. Was von diesen Freizeiten ausnahmsweise aus beson-

ausgehende, gemeinsam oder einzeln, aus dem Bereiche des Anstalts hinaus bedürfen der beim Pflegerhause oder Pflegerheim hinsichtlich der Dauer zu ertheilenden Genehmigung. Ob und inwiefern überhaupt ausserhalb des Pflegerhauses oder Pflegerheims und gebracht werden dürfen, hängt von der Genehmigung beim Pflegerhause ab. Die Nachtzeit ausserhalb des Pflegerhauses oder Pflegerheims, darf mit Ausnahme der Fälle von Beurlaubung in der Regel nicht gestattet werden, welche ihre ausserhalb der Anstalt Familien besuchen. Anderen darf es nur ganz ausnahmsweise, aus bestimmten, z. B. zu einem Aufenthalte bei Angehörigen, gestattet werden. Bei Verhinderung und Kostenschädigung während des Urlaubs. Ausser des Urlaubs werden die Baarbezüge den Beurlaubten fortgewährt, die von der Anstellungsbehörde nach § 15 des Staatsdienergesetzes vom 1895, welche Gesetzesbestimmung auf die ohne Staatsdienereigenschaft Angehörigen Anwendung findet, ein Abzug oder eine Einziehung verfügt wird. Bei Entschädigung für die Kosten nur Pflegern gewährt.

#### § 10. Dienstbehörde und Disciplinargewalt.

Dienstbehörde. Dienstbehörde der Hülfpfleger, der Pfleger und der Ober- der Anstaltsvorstand. Für die Dauer der dienstfreien Zeiten und der Anwesenheit übt über Hülfpfleger, Pfleger und Oberpfleger der Pflegerheim- im allgemeinen Auftrage des Anstaltsvorstandes die Disciplinargewalt Pflegerheimvorsteher hat über jede von ihm verfügte Bestrafung dem Anstaltsvorstande Anzeige zu erstatten. Lehrpfleger stehen unter der Disciplin der Anstaltsvorstände. 2. Ordnungs- und Disciplinarstrafen. Gegen die Pfleger und Hülfpfleger können von den Vorständen der Anstalten Ordnungs- und Disciplinarstrafen, von letzteren, soweit solche Personen als Personals den Pflegerhäusern zur dienstlichen Verwendung zugetheilt sind, werden Verweise und Geldstrafen und zwar Geldstrafen nicht nur wegen Versäumung oder verzögerter Dienstgeschäfte (Ordnungsstrafen) bis zu 60 Mark, sondern auch für die Abhandlung unflüchtigkeitsvollen Verhaltens

ohne Weiteres aus dem Pflegerhause zu entlassen.

## § 11. Folgen pflichtwidriger Dienstleistung

1. Bestrafung und Schadenersatz. Pflichtwidrigkeit vernachlässigungen ziehen nach Befinden die in § 10<sup>2</sup> erwähnten S. Erwächst durch Dienstvernachlässigung der Anstalt oder dem in Geldwerth abschätzbarer Schaden, so hat der Schuldige nach d Dienstbehörde dafür Ersatz zu leisten. Für Schäden, die durch D gung oder sonstiges Verschulden Kranken oder Zöglingen zugefügt Schuldige zu vollem Ersatze verpflichtet. Uebrigens hängt es von Verschuldung ab, ob und welche sonstigen Maassregeln gegen den : greifen sind. 2. Kündigung. Die Geltendmachung des vor digungsrechts ist an besondere Gründe nicht gebunden. 3 Hülfspfleger haben Zurückverweisung an das Pflegerhaus und sofortige Entlassung aus Letzterem ohne Kündigung (§ 3<sup>6</sup>), Pfler pfleger dagegen Einleitung des Verfahrens auf Entlassung insbe erwarten, wenn sie sich eine der nachstehend aufgeführten Pflie Schulden kommen lassen: 1. widersetzliches oder achtungswidrige: Vorgesetzte und überhaupt gegen höher stehende Beamte der Anstalt hauses; 2. beharrlichen Ungehorsam gegen Befehle von Vorgesetzte des Dienstgeheimnisses; 4. öffentliches Schmähren staatlicher Einrie Anordnungen von Vorgesetzten; 5. Veruntreuung von Eigenthum Pflegerhauses oder der Kranken und Zöglinge; 6. Gefährdung der , Zubehörung derselben, des Pflegerhauses oder des Pflegerheims dur Gefahren mit Feuer und Licht; 7. Trunkenheit in oder ausser den erlaubte Annahme von Geschenken in eigener Person oder durch Ar leichterung der Entweichung eines Kranken oder Zöglinge durch von Dienstpflichten; 10. vorschriftswidriges Gebahren mit den anvert 11. Schimpfreden gegen Kranke und Zöglinge; 12. Thätlichkeiten g Zöglinge (ausser dem Falle der Abwehr eines thätlichen Angriffs) o

## § 12. Dienstkleidung.

Tragen der Dienstkleidung. Hülfpfleger, Pfleger, Oberpfleger haben die vorgeschriebene Dienstkleidung zu tragen und zwar auch während dienstfreier Zeit. Die Lehrpfleger wird die Zeit, von der ab sie die Dienstkleidung zu tragen haben, von den Pflegerhausvorständen bestimmt. Für die Dauer einer Beurlaubung darf ein begründetes Gesuch von der Anstaltsdirektion nach Gehör des Pflegers das Tragen anderer Kleidung gestattet werden. Im Dienst kann das Tragen höflicher Kleidung bei Ausflügen ausserhalb der Anstalt mit Kranken, in besonderen Umständen diese Rücksichtnahme angezeigt erscheinen lassen, ausnahmsweise beschrieben werden. Es ist dies aber auf einzelne bestimmte Pfleger zu beschränken, damit nicht die Pfleger im Allgemeinen zu Beschaffung anderer als der vorgeschriebenen Kleidung veranlasst werden. Die näheren Vorschriften über die Einrichtung der Dienstkleidung sind enthalten in Beilage A. 2. Beschaffung und Unter-

Die Dienstkleidung ist dergestalt zu unterhalten, dass die zum Tragen Verpflichteten darin jederzeit anständig erscheinen. Die Anstalts- und Hausvorstände sind berechtigt und verpflichtet, die Instandsetzung oder Erneuerung ihres Zustande nach ungeeigneter Dienstkleidungsstücke anzuordnen und Befolgung ihrer diesfallsigen Anordnungen Sorge zu tragen. Wer in der Dienst in vorschriftswidriger Dienstkleidung oder ohne besondere Erlaubnis anderer als Dienstkleidung betroffen wird, verfällt in Disciplinarstrafe. Die Instandsetzung und die Ausbesserung der Dienstkleidungsstücke, soweit Letztere durch die Mittel des Pflegepersonals zu beschaffen sind, erfolgt bei der Anstalt, oder bei dem Hülfpfleger, Pfleger und Oberpfleger befindet, oder in einer dazu bestimmten Anstalt gegen Bezahlung der Stoffe und der sonstigen bei der Anfertigung erforderlichen Bedarfsgegenstände, im Uebrigen unentgeltlich. Die Beschaffung der Stoffe geschieht, soweit dieselben nicht bei der Anstalt, oder bei der Anfertigung erfolgt, hergestellt werden, durch Vermittelung der Verwaltungskassen, denen deshalb die Hülfpfleger, Pfleger und Oberpfleger verpflichtet haben. 3. Veräusserung oder Versetzung. Das Veräussern oder

## § 13. Rücklage.

1. Innebehalten der Rücklage. Die Ausbildung für den Pflegerdienst erfolgt unter der Voraussetzung, dass der Aufgenommene in diesem Dienste längere Zeit ausbarren und sich bewähren werde. Zu möglicher Sicherstellung dieser Voraussetzung wird vom Beginn des Hilfsdienstes und zwar vom ersten vollen Monate desselben an gerechnet bis zum Ablaufe von fünf Jahren von seinen baaren Monatsbezügen ein bestimmter Betrag innebehalten. Diese Rücklage beträgt jährlich 48 Mark. Jeder Hilfspfleger und Pfleger hat zu Protokoll zu erklären, dass er sich den Bestimmungen über die Rücklagen unterwirft. Wird ein Pfleger innerhalb der fünf Jahre zum Oberpfleger befördert, so erledigt sich von der Zeit der Beförderung ab die Verpflichtung zur Weiterzahlung der Rücklage. Die bereits angesammelte Rücklage wird jedoch noch weiter und bis zum Ablaufe der fünf Jahre innebehalten.

2. Verzinsliche Anlegung der Rücklagen. Die Rücklagen werden nach Schluss eines jeden Kalenderjahres bei der nächsten sicheren Spar- oder ähnlichen Kasse auf ein den Namen des Hilfspflegers oder Pflegers tragendes, aber gesperrtes Einlagebuch angelegt.

3. Ausantwortung der Rücklagen. Die Ausantwortung der Rücklage nebst den aufgelaufenen Zinsen erfolgt mit Ablauf der fünfjährigen Frist, wenn der Pfleger oder Oberpfleger zu dieser Zeit noch im Pflegerdienste steht. Vor Ablauf der fünfjährigen Frist erfolgt die Ausantwortung der Rücklage nur dann, wenn der Hilfspfleger, Pfleger oder Oberpfleger entweder verstirbt, oder zu einem anderen Dienstzweige — Bureau-, Aufsichts- oder Hausdienst — innerhalb des Bereichs der IV. Abtheilung des Ministeriums des Innern, oder in den Ruhestand mit Pension oder pensionsähnlicher Unterstützung versetzt wird.

4. Verfallen der Rücklage. Sollte der Hilfspfleger, Pfleger oder Oberpfleger vor Ausantwortung der Rücklage, sei es auf eigenen Wunsch, sei es auf dem Wege der Kündigung oder Entlassung aus dem Pflegerdienst ausscheiden, so verfällt die Rücklage der Anstaltskasse.

## Dienstvorschriften für den Pflegerdienst überhaupt.

§ 14. Dienstleistung im Allgemeinen. 1. Umfang der Dienstleistung. Die Dienstleistung der Pfleger erstreckt sich auf alle die Person der Kranken oder Zöglinge selbst und deren Verpflegung und Aufenthalt betreffende Verrichtungen. Reinigungsarbeiten an Fussböden, Thüren und Fenstern und ähnliche grobe Arbeiten müssen die Pfleger jedenfalls verstehen, um sie überwachen und die nöthige Anweisung darin geben zu können. Nach dem Ermessen des Anstaltsvorstandes haben sie sich solchen Arbeiten auch selbst zu unterziehen.

2. Allgemeine Pflicht. Die Pfleger haben, wie alle Anstaltsbeamten im Allgemeinen die Pflicht, das Beste der Anstalt und der Kranken oder Zöglinge an ihrem Theile nach Kräften zu fördern. Sie haben deshalb Alles, was Dem hindernd entgegenzutreten geeignet ist, sofern die Abstellung nicht in ihrer eigenen Macht liegt, unverzüglich zur Anzeige zu bringen. Diese Pflicht und die entsprechende Verantwortlichkeit der Pfleger bezieht sich zwar vorzugsweise auf die ihnen anvertrauten Abtheilungen, ist aber nicht auf dieselben allein beschränkt.

3. Verschwiegenheit. Zur allgemeinen Pflicht der Pfleger gehört es auch, dass solche die Anstalt sowie das Pflegerhaus und deren Beamte, ferner Kranke oder Zöglinge und deren Angehörige betreffende Angelegenheiten, welche die Geheimhaltung erfordern, an Niemand, ausser wer sie zu wissen berechtigt ist, offenbart werden dürfen (zu vergl. § 11<sup>3</sup> unter 3).

§ 15. Verhalten gegen andere Beamte, gegen mit der Anstalt verkehrende Personen und ausser Dienst.

1. Verhalten gegen Obere. Das gesammte Pflegepersonal ist den vor-

nur in wohlständiger Weise verkehren. Ueberall, wo es sich um den einen Theil, welche dem anderen Theil nöthig erscheinen, handelt, mittelung der eigenen Vorgesetzten in Anspruch zu nehmen. 5. Verhalten gegen Besucher der Anstalt etc. Gegen Besucher der Anstalt oder ihres Hauses haben die Pfleger ein anständiges und bescheidenes Verhalten. 6. Verhalten ausser Dienst. Auch ausser Dienst soll der Pfleger, was ihn in der Achtung Anderer herabzusetzen geeignet oder doch dem Dienst unverträglich ist, sorgfältig vermeiden. Er soll im häuslichen, geselligen Leben durch gottesfürchtigen, unbescholtenen, sittlichen und ehrenvollen Wandel, durch Achtung vor Gesetz und Obrigkeit und unverbrüchliche Treue dem König die Würde seines Berufs wahren. 7. Verhalten gegen Fremde. Zu den Gewerbetreibenden, die mit der Anstalt oder dem Pfleger in irgend welcher geschäftlichen Verbindung stehen, sowie mit deren Bediensteten sollen die Pfleger nicht in Beziehungen treten, durch die auch nur dem Scheine nach, in Widerstreit mit ihren Pflichten gegen die Anstalt oder das Pflegerhaus gebracht werden können. Insbesondere ist ihnen die Annahme von denselben Geschenken oder sonstige Vergünstigungen anzunehmen. Die Annahme irgend etwas zu kaufen ist den Pflegern nur mit Genehmigung der Anstaltsdirection gestattet. 8. Geschenkannahme. Den Pflegern ist verboten, Geschenke von Kranken oder Zöglingen anzunehmen. Für sie von Angehörigen der Kranken oder Zöglinge oder von Kranken bei Entlassung dürfen nur von dem Anstaltsvorstande entgegengenommen werden. Die Geschenke werden zu der bei jedem Pflegerhause bestehenden Pflegerkasse, welche zur Vertheilung an die Pfleger in besonderen Bedarfsfällen zur Verfügung steht, gebracht. Nur ganz ausnahmsweise darf der Anstaltsvorstand auf ausdrücklichen Wunsch des Geschenkgebers ein Geschenk für einen Pfleger dann annehmen, wenn dabei nach Lage der Sache Bevorzugung eines Kranken vor anderen Kranken (wie z. B. bei Pensionären) ausgeht.

Befolgung der Dienstvorschriften und sonstigen Befehle.



geschriebenermaassen ihre Vertretung obliegt, übergeben haben. Ist an der Dienstleistung. Ist ein Pfleger durch Erkrankung oder ausserordentliche Umstände an der Dienstleistung behindert, so ist der Pfleger rechtzeitig dem ihm zunächst vorgesetzten Beamten, oder solcher nicht vorgesetzt ist, dem Anstaltsvorstande unmittelbar zu melden, den zu lassen, welcher über die Stellvertretung Bestimmung trifft. 4. Widerstreit von Dienstpflichten. Sollte im einzelnen Falle der Pflichten eines Pflegers eintreten, so hat derselbe die wichtigsten zuerst zu erfüllen. In keinem Falle darf er da fehlen, wo die Leitung des Dienstes obliegt.

#### § 18. Haltung während des Dienstes.

1. Ungehöriger Verkehr. Während der Dienstleistung ihre ungetheilte Aufmerksamkeit lediglich dem Dienste zu widmen durch den Dienst nicht erforderten Verkehrs mit dritten Personen, oder eigenen Angehörigen oder anderer Beamten, sich zu enthalten. 2. Haltung. Die Pfleger haben in ihrem Aeussern alles Auffällige, üble Angewohnheiten in Wort und Geberde, sorgfältig zu vermeiden halten bei Meldungen etc. Bei mündlichen oder schriftlichen sowie überhaupt in allen dienstlichen Verhältnissen ist eine bestimmte Ausdrucksweise einzuhalten. 4. Enthaltung. Der Genuss geistiger Getränke, Tabakrauchen und Tabakkauen in Diensträumen ist verboten. Nur das Rauchen kann für bestimmte Tages oder für gewisse Dienstverrichtungen ausdrücklich vom Anstaltsvorstande gelassen werden, aber auch dann wird die nöthige Rücksichtnahme auf die Schicklichkeit und Mässigkeit vorausgesetzt.

#### § 19. Verhalten in Fällen besonderer Gefahr.

1. Eintreffen in der Anstalt. In Fällen besonderer Gefahr oder deren Zubehörungen — Gewitter, Feuer in der Anstalt etc. —

es Pflicht des Pflegers, durch sein Verhalten gegen die Kranken und Zöglinge dazu beizutragen, dass diese Vertrauen zu der Anstalt gewinnen, Aufenthalt in derselben sich baldigst gewöhnen und in die damit unvermeidenden Beschränkungen sich gern und willig schicken. Die Person des oder Zöglings ist mit Theilnahme, Vorsicht und Geduld zu behandeln; mit Mithume derselben ist auf das Schonendste und Sorgfältigste zu verfahren. Wünsche und Bedürfnisse der Kranken oder Zöglinge sind durch Meldung der Oberpfleger zur Kenntniss des Anstaltsvorstandes zu bringen. Vermeidung von Verletzungen und Beleidigungen. Jeder Erwachsene soll "Sie" anreden und überhaupt in der seiner Stellung in der bürgerlichen Welt angemessenen Weise zu behandeln. Verletzende Aeusserungen gegen die Kranken sind unbedingt verboten. 5. Ausschluss jeder Strafbefugnis, von Bedrohungen und Misshandlungen. Dem Pfleger steht, auch bei Überwachung und Leitung Bedürftigen gegenüber, keinerlei an eine Strafinnennde Befugnis zu. Er darf daher eigenmächtig nicht Entziehung erlassen oder Annehmlichkeiten in Anwendung bringen oder dergleichen anwenden. Strengste verboten sind Misshandlungen und Thätlichkeiten. Verboten sind Kauf-, Tausch- und Borggeschäften. Den Pflegern ist es verboten, mit Kranken oder Zöglingen Kauf-, Tausch- und Borggeschäfte zu machen.

**Körperlicher und geistiger Zustand der Kranken und Zöglinge.**  
**Gefahr und Unglücksfälle:** Bei Veränderungen in dem körperlichen Befinden eines Kranken oder Zöglings, die mit dringender Gefahr verbunden erscheinen, z. B. bei eintretenden Blutungen, Zuckungen, Urinverhaltung und vor Allem bei vorkommenden Unglücksfällen hat der Pfleger, unter der nächsten Hülfeleistung, für unverzügliche Meldung an den Oberpfleger und den Arzt besorgt zu sein. 2. Sonstige Wahrnehmungen. Wichtig sind Wahrnehmungen, die den Gesundheitszustand betreffen, z. B. Verwundlichkeiten oder erhebliche Veränderungen in dem körperlichen oder geistigen Befinden oder Benehmen, dem Arzte, in Kinderanstalten zunächst dem

des Widerstands mit Ausdauer und Geduld zu versuchen. Wird Widerstand der Art nicht zu überwinden sein, so hat der Pfleger sich jeder unnötigen Anstrengung strengstens zu enthalten. Ferner hat der Oberpfleger bei Mithilfe der Art nach dem Verhältnisse zu setzen. d. Verhinderung dieser Verhinderung. Der Pfleger muss darauf zu sehen, dass die Kranken Züge ihre Gesundheit schädlichen Angewohnungen nicht nachhängen, keine unnötigen Sorgen, welche Art begeben, keine Nachlässigkeit zu sich nehmen, welche Verhinderung verlieren.

### § 22. Ordnung und Reinlichkeit.

1. Reinlichkeit. Der Pfleger hat die Ordnung und Reinlichkeit hat die Pfleger zu bewahren. Innerhalb der ihm überwiesenen Räume, sowie unter der Aufsicht der Kranken oder Zöglinge hat die Ordnung zu halten. Jede Bestimmung, wo sie auch sich befindet, zu befolgen. 2. Waschen und Ankleiden der Kranken und Zöglinge. Der Pfleger muss darauf zu sehen, dass die Kranken und Zöglinge, wenn sie aus dem Bett verlassen haben, waschen und ankleiden. Bei Verhinderung haben sie die Pfleger, so wie es sich nötig macht, sorgsam zu unterstützen. Gleiche Unterstützung haben sie, soweit nötig, bei Reinigung des Körpers, beim Kämmen, Bescheiden der Nägel und insbesondere bei Baden zu gewähren. Sorgfältig ist auf das etwaige Vorhandensein von Ungeheuer zu achten. Vorhandenen Falls ist in diesem an den Oben zu berichten. 3. Kleidung der Kranken und Zöglinge. Jeder Kranke und Zögling darf zerrissene Kleider tragen oder sonst unordentlich bekleidet. Auf den Unterschied der Kleidung an Sonntagen und Festtagen von der an Wochen zu halten. Schadhafte, aber noch brauchbare Bekleidungsstücke müssen ausgetauscht durch neue ersetzt werden. Der Pfleger hat den Bedarf ungesäumt zu zeigen. Auch für gehörige Reinigung der Kleider hat der Pfleger Sorge zu nehmen. Kranken oder Zöglinge nicht ihrerseits ihre Pflichten, auch andere Hilfspersonen vorhanden sind, hat der Pfleger diesen Geschäft sich selbst zu unterlassen. 4. Wechsel der Wäsche. Er hat ferner für den regelmässigen Wechsel von Leib- und Bettwäsche nach den darüber bestehenden oder im einzelnen ertheilten besonderen Vorschriften zu sorgen. 5. Reinigung der Räume. Jeder Pfleger ist für regelmässige Reinigung der ihm überwiesenen Räume verantwortlich. Er darf hierbei der Hilfe von Kranken oder Zöglingen, die ihm geeignet bezeichnet werden, sich bedienen.

### § 23. Lüftung und Heizung.

1. Lüftung. Die Pfleger haben dafür zu sorgen, dass die Fenster der Räume am Tage, und die der Wohnzimmer, Säle, wie der Gänge des Nachts, den Stunden des Tages, wo die Bewohner derselben ausgegangen sind, öfters gleichzeitig die Thüren, offen gehalten werden, selbstverständlich unter Berücksichtigung der Jahreszeit und der Witterung. 2. Heizung. In der kalten Jahreszeit haben die Pfleger dafür zu sorgen, dass die Heizung der Wohnräume eine mässige ist, dass weder durch Ueberheizung noch durch Verabsäumung erforderlichen Wärmemasses den Bewohnern derselben irgend ein Nachtheil ge-  
Kranke oder Zöglinge dürfen zur Bedienung von Feuerstätten nur mit vorheriger Genehmigung des Anstaltsvorstandes, sofern keinerlei Bedenken dagegen steht und für diesen Fall auch nicht zur selbstständigen Bedienung, sondern nur mit Beihilfe bei letzterer verwendet werden.

#### § 24. Mahlzeiten.

gegenstand der Fürsorge im Allgemeinen. Bei den täglichen Mahlzeiten der Kranken oder Zöglinge haben die Pfleger auf Ordnung und Anstand des Tischgebets zu sprechen, auf andächtige Theilnahme am Tischgebete Unmässigkeit zu verhüten, darüber zu wachen, dass weder Brod noch Speisen unerlaubter Weise eingesteckt oder sonst gemissbraucht oder entzogen werden, allen Streitigkeiten oder etwaigem Missbrauche von Gabel etc. vorzubeugen. 2. Unbeholfene und Nahrungsscheue. Insbesondere und namentlich den an Nahrungsscheu Leidenden ist das gehörige Maass Speise und Trank in hinlänglich gekühltem Zustande mit Geduld und Gelehrigkeit zu verabreichen. Wird die Annahme der Nahrung verweigert, so ist Verweigerung einzuholen.

#### § 25. Beschäftigung der Kranken und Zöglinge.

Arbeiten. Werden Kranke und Zöglinge mit Arbeiten beschäftigt, so hat der Pfleger darauf zu sehen, dass nach Kräften gut gearbeitet wird, Missbrauch von Arbeitsmaterial und der etwa bei der Arbeit erforderlichen Werkzeuge zu verhüten, auch die letzteren nach davon gemachtem Gebrauche zu erhalten. Im Uebrigen soll er ebenso durch Aufmunterung als, soweit durch eigene Theilnahme an der Beschäftigung den Eifer der Kranken zu erregen suchen, ohne jedoch dieselben zu ihnen nachtheiliger Anstrengung zu veranlassen. 2. Unterhaltung und Spiele. Der Pfleger hat die erlaubten Unterhaltungen und Spiele der Kranken und Zöglinge zu überwachen, die Pfleger nach Möglichkeit sich angelegen sein zu lassen. Sie haben insbesondere etwa eintretenden Störungen vorzubeugen und dieselben zu be-

#### § 26. Spaziergänge.

überhaupt. Bei den Spaziergängen der Kranken und Zöglinge hat der Pfleger die volle Aufmerksamkeit den seiner Obhut Anvertrauten zuzuwenden. Er hat dabei, soweit es ihr Zustand gestattet zu angemessener Leibesbewegung auf-

Die thunlichste Schonung aller Einfriedigungen, Pflanzungen, Bänke und Anlagen hat er im Auge zu behalten. 2. Ausserhalb der Anstalt. Bei Spaziergängen ausserhalb der Anstalt ist Alles zu verhindern, durch fremdes Eigenthum oder der öffentliche Anstand verletzt wird, z. B. Abbrechen von Zweigen, Blumen oder Früchten, Befriedigung natürlicher Bedürfnisse an ungeeigneten Orten und dergleichen. Müssiger Neugierde und zudringlicher Neugier fremder Personen ist höflich aber bestimmt zu wehren.

Verhalten der Kranken und Zöglinge gegen Andere, beim Gottesdienste etc. und Verkehr derselben.

Ordnung und Friedfertigkeit. In und ausser der Anstalt haben Pfleger zu beobachten, dass die Kranken und Zöglinge, soweit dies nach ihrem Zustande, a) ein anständiges und gesittetes Verhalten beobachten und nicht durch unbesonnenen Aergerniss geben und b) gegen ihre Gefährten duldsam und friedfertig sind. 2. Verkehr. Die Pfleger haben ferner darauf zu sehen, dass die Kranken und Zöglinge kein unerlaubter persönlicher oder schriftlicher Verkehr, insbesondere mit Personen des anderen Geschlechts stattfindet. 3. Zusammenkünfte und Besuche. Bei gestatteten Zusammenkünften von Kranken unter sich oder bei Besuchen derselben seitens anderer Personen haben

die Pfleger darauf zu achten, dass nichts Ungehöriges und Vorschriftswidriges komme. 4. Gottesdienstliche Versammlungen. Die Pfleger haben da zu wirken, dass diejenigen Kranken, welche an dem öffentlichen Gottesdienste bei sonstigen gemeinsamen Andachtsübungen Theil nehmen, pünktlich und in anständigem Anzuge dazu sich einfinden, und dass die Andacht durch Zwischenfälle wenig als möglich gestört werde. 5. Bestellungen. Ohne Genehmigung Anstaltsvorstands dürfen die Pfleger keinerlei schriftliche oder mündliche Bestellungen weder von dritten Personen an Kranke oder Zöglinge, noch von solchen an dritte Personen ausführen.

#### § 28. Sorge für die Sicherheit der Anstalt, der Kranken und der Zöglinge.

1. Stete Aufmerksamkeit. Die Sicherheit der Anstalt und ihrer Zubehörungen, sowie der Kranken oder Zöglinge müssen die Pfleger stets im Auge behalten. 2. Sicherer Verschluss. Die Pfleger sind für den sicheren Verschluss der ihnen überwiesenen Anstaltsräume, insbesondere während der Nachtzeit, verantwortlich. Die ihnen anvertrauten Schlüssel haben sie unter genauer Beobachtung der hierüber in jeder Anstalt speciell zu ertheilenden Vorschrift jederzeit sicher zu verwahren. Sie haben darauf zu sehen, dass die Schlösser, sowie sonstige Sicherheitsvorkehrungen sich immer in ordnungsmässigem Stande befinden. 3. Vorsicht mit Feuer und Licht. Die Pfleger sind ferner für vorsichtiges Gebahren mit Feuer und Licht für sich wie für die ihnen anvertrauten Kranken oder Zöglinge verantwortlich. Tritt eine Feuersgefahr ein, so ist sofort Hülfe herbeizurufen und bis zu dem Eintreffen zur Bekämpfung und Unterdrückung des Brandes zu thun, was nach den Umständen geschehen kann. 4. Verhinderung von Gefährdungen durch Kranke und Zöglinge. Bei den ihrer Ueberwachung Anbefohlenen haben die Pfleger darauf zu sehen, dass keiner derselben irgend etwas der Anstalt oder sich selbst Gefahrbringendes unternehme. Gelangen Vorsätze derselben zur Kenntniss der Pfleger, welche auf Entweichung aus der Anstalt, auf Selbstmord oder auf Gefährdung von Personen oder der Anstalt etc. hinauslaufen, so hat der Pfleger davon unverzüglich Anzeige zu erstatten, gleichzeitig aber Alles, was etwa zur augenblicklichen Ausführung des Anschlags dienen könnte, zu beseitigen. 5. Verwahrung von Geräthen. Geräthschaften irgend welcher Art, die zur Schädigung des Lebens oder der Gesundheit geeignet sind oder zu Entweichungen benutzt werden können, müssen jederzeit so überwacht und beziehentlich verwahrt werden, dass dergleichen verhindert wird.

#### § 29. Sorge für das Eigenthum der Anstalt, der Kranken und Zöglinge.

1. Schonende Benutzung. Die Pfleger haben sich schonende Benutzung und Behandlung des Eigenthums der Anstalt nebst Zubehörungen und des Eigenthums der Kranken und Zöglinge angelegen sein zu lassen. Sie haben aber auch darauf zu sehen, dass die Letzteren die ihnen von der Anstalt in Gebrauch gegebene Kleidungsstücke und sonstigen Sachen, sowie überhaupt das Eigenthum der Anstalt etc. ebenso wie ihr eigenes schonen. 2. Instandsetzungen. Ist es nöthig, etwas in Stand zu setzen, so ist rechtzeitig Anzeige zu erstatten. 3. Verwendung von Materialien. Mit dem Beleuchtungs- und Heizmaterial und sonstigen zur Verwendung gelangenden Materialien haben die Pfleger auf das Wirthschaftlichste umzugehen.

richtung das Eintreten von Anstaltskräften wegen der Unzulänglichkeit ränisswesens oder wegen der Selbstständigkeit der Anstalt im Begräb- der sonst aus dienstlichen Gründen erforderlich ist. 3. Bezahlung. unter 1 erwähnte Dienstleistung findet eine Bezahlung nicht statt. ter 2 aufgeführten Verrichtungen sind die geordneten Gebühren von welche den Begräbnissaufwand zu tragen haben, zu der in § 15<sup>8</sup> er- legerkasse zu entrichten.

### § 31. Oberpfleger.

ufgabe. Die Oberpfleger haben dafür zu sorgen, dass die be- vorschriften und ertheilten Befehle den Pflegern bekannt gegeben und ren gehörig beachtet werden. 2. Ueberwachung der Pfleger. eger haben bei aufmerksamer und strenger Ueberwachung der Pfleger dienstbereiche überall, wo es nöthig ist, anleitend und anregend, auch einzugreifen. Mangelhafter Dienstleistung der Pfleger müssen sie zu- h entsprechende Verständigung und Weisung abzuhelpen bestrebt sein. gehungen der Pfleger haben sie auf dem vorgeschriebenen Dienstwege ss des Anstaltsvorstandes zu bringen. Letzteres hat unbedingt dann zu wenn ein Pfleger eine der im § 11<sup>3</sup> aufgeführten Pflichtwidrigkeiten sich r kommen lässt. 3. Anwesenheit bei den ärztlichen Besuchen. Oberpfleger von den in Betreff der Kranken und Zöglinge ertheilten anordnungen und Weisungen regelmässig Kenntniss erhalten, und um verseits die erforderliche Auskunft geben zu können, müssen sie bei den besuchen in den ihnen unterstellten Abtheilungen stets gegenwärtig sein. enheit bei den Versammlungen der Kranken und Zöglinge. eger haben zur Ueberwachung des Pflegerdienstes, und um überhaupt genheiten zu genügen, bei allen Versammlungen der Kranken und Zöglinge erwiesenen Stationen, zu den Mahlzeiten, zum Gottesdienste etc. und in sich einzufinden. 5. Tägliche Revisionen. Die ihrer Ueberwachung r Räume, namentlich diejenigen, in denen Kranke oder Zöglinge sich haben die Oberpfleger täglich wiederholten Revisionen zu unterwerfen.

angewiesen werden regelmässige Meldung zu machen. Aussergewöhnliche Vor-  
 gänge, welche eine solche direktorielle Entschliessung erfordern, sind sofort  
 dem Direktor des Anstaltszustandes zu bringen.

**§ 37. Dienst männlicher Pfleger in Anstalten für weibliche Personen.**

Sind in einer für weibliche Personen bestimmten Anstalt oder Anstaltsabtheilung  
 zu gewissen Dienstleistungen männliche Pfleger angestellt, so haben dieselben die  
 Vorschriften gegenwärtiger Pflegerordnung, soweit diese nach der Natur des ihnen  
 anvertrauten Geschäftes überhaupt auf die Anwendung leiden können, eben-  
 falls zu befolgen. Sie haben jedoch ihre Dienstleistung in denjenigen Räumen, in  
 welchen sich weibliche Kranke oder Zöglinge befinden, oder welche der Ueberwachung  
 weiblicher Pfleger unterstellt sind, auf Dasjenige zu beschränken, was ihnen  
 ausdrücklich zur Befolgung gemacht ist. Auch dann dürfen sie die Räume, in  
 welchen weibliche Kranke oder Zöglinge sich aufhalten, nur mit Vorwissen der vor-  
 gesetzten Oberpfleger betreten; sie haben dabei Alles für die weiblichen Bewohner  
 dieser Räume Stillschweigen und Anstoss zu vermeiden. Der nächtlichen Revi-  
 sionen in Räumen, in denen weibliche Kranke und Zöglinge oder  
 weibliche Beamte oder Bedienstete sich befinden, haben sie sich  
 unbedingt zu enthalten.

**§ 38. Pfleger in Stellungen ausserhalb des regelmässigen  
 Pflegerdienstes.**

1. Dienstleistung ohne regelmässigen Pflegerdienst. Diejenigen  
 Pfleger, welchen besondere mit der Ordnung über Kranke oder Zöglinge nur aus-  
 nahmsweise verbundene Dienstleistungen (z. B. Küchen-, Wasch-, Gärtner-  
 dienst etc.) übertragen sind, haben die in gegenwärtiger Pflegerordnung er-  
 theilten Vorschriften, soweit diese nach der Natur des ihnen angewiesenen Wirkungs-  
 kreises auf die Anwendung leiden können, beziehentlich unter der rücksichtlich der  
 Anstalten für weibliche Personen in § 37 bestimmten Beschränkung, ebenfalls zu  
 befolgen. 2. Verwendung ausserhalb des Pflegerdienstes überhaupt.  
 Die Verwendung von Pflegern zu Dienstleistungen, welche zum Pflegerdienste  
 überhaupt nicht gehören (z. B. Nachtwächter-, Boten-, Kutscherdienst), ist ohne Ge-  
 nehmigung des Ministeriums nicht statthaft. Diejenigen Pfleger, rücksichtlich deren  
 eine derartige Verwendung vom Ministerium gestattet worden ist, haben da, wo sie  
 mit Kranken oder Zöglingen in Berührung kommen, die über das Verhalten gegen  
 dieselben in gegenwärtiger Pflegerordnung enthaltenen Vorschriften gleichfalls zu  
 befolgen.

f. Fahrpreismässigung für das Pflegepersonal. Die Eisen-  
 bahnverkehrsordnung vom 26. October 1899 (Der deutsche Eisenbahn-Personen-  
 und Gepäcktarif. Theil I. Verkehrsordnung, nebst allgemeinen Zusatzbestimmungen  
 bestimmt im § 11. Fahrpreismässigungen Abschnitt V zu milden Zwecken: „A. Im  
 Interesse der öffentlichen Krankenpflege.

1. Den in Deutschland ansässigen Vereinen und Genossenschaften (weltlichen  
 und geistlichen), welche sich statutenmässig in Ausübung freier Liebes-  
 thätigkeit der öffentlichen Krankenpflege widmen, wozu auch die Anstalten  
 gehören, welche der Pflege von Fallsüchtigen, sowie von Blöd- und Schwachsinnigen  
 (Idioten) obliegen, wird Fahrpreismässigung in der Weise gewährt, dass bei Be-  
 nutzung der III. Wagenklasse aller Züge der Militärfahrpreis (Urlaub), und bei  
 Benutzung der II. Wagenklasse aller Züge der Fahrpreis von Personenzug-Fahrkarten  
 III. Klasse für einfache oder für Hin- und Rückfahrt erhoben wird. 2. Diese Ver-  
 günstigung tritt ein bei Reisen: a) zu Revisionszwecken, sowie zu Conferenzen der

Mitglieder; b) zur Ausübung der öffentlichen Krankenpflege und zu anderen, die durch die Ausübung der öffentlichen Krankenpflege veranlasst sind; c) zur Vertretung von Krankenpflegern und Krankenpflegerinnen; d) zum Gebrauche von Krankenpflegern, zum Besuche von Cur- oder Erholungsorten seitens der Krankenpflegerinnen. 3. (1) Die Fahrkarten zu ermässigten Preisen werden von Eisenbahnen-Ausgabestellen nur auf Grund der von den Vorständen der betreffenden Eisenbahnen und Zweigniederlassungen nach dem vorgeschriebenen Muster ausgestellt und mit dem Abdrucke des Vereinsstempels versehenen Ausweise, in denen Name und Stand der Reisenden, Zweck und Ziel der Reise und die zu bezahlende Fahrpreisklasse anzugeben sind, verabfolgt. Die Ausweise werden von den Eisenbahnen abgestempelt und den Inhabern zurückgegeben, welche dieselben bei Verlangen auf Verlangen vorzuzeigen haben. (2) Für andere Reisen, namentlich für solche, welche von Krankenpflegern auf Ansuchen von Privatpersonen angenommen werden, wird diese Vergünstigung nicht gewährt; ebenso für solche zum Zwecke des Eintritts in die der öffentlichen Krankenpflege Vereine und Genossenschaften oder zur Begleitung kranker Personen angenommen werden. 4. Freigepäck wird nur insoweit gewährt, als solches von den Eisenbahnen in ihrem Binnenverkehr allgemein zugestanden ist. 5. Auf Verlangen der Genossenschaften, welche nicht in Deutschland ansässig sind, finden diese Bestimmungen nur nach Maassgabe der besonderen Bestimmungen Anwendung.

#### B. Im Interesse der Magdalenenstifte.

Die Fahrpreismässigungen im Interesse der öffentlichen Krankenpflege durch die Vorstände und dem Pflegepersonal der sogenannten Magdalenenstifte, solcher Vereine und Anstalten, welche sich der Fürsorge für gefallene Mädchen widmen, gewährt, und zwar für Reisen: a) zu Revisionsreisen sowie zu Conferenzen der Vorstands-Mitglieder; b) bei Versetzung des Pflegepersonals; c) zum Gebrauche von Badecuren, zum Besuche von Cur- oder Erholungsorten seitens des Pflegepersonals; ferner d) für die bei der Reise zur Unterbringung von Frauen und Mädchen in einer der bezeichneten Anstalten oder bei der Zuführung zu den Eltern beigegebene Begleiterin, sowie zu deren Begleitung nach Ablieferung der Schützlinge am Bestimmungsorte. 2. Im Uebrigen finden die Bestimmungen unter V A Ziffer 3—5 sinngemässe Anwendung.“

**Zulassung der Pflegepersonen zu dem Apothekerberufe.** Die Apotheker in den Bundesstaaten dürfen Krankenhausapotheken (Dispensieranstalten) betreiben, welche von Krankenpflegegenossenschaften betrieben werden. Die betreffenden Pflegepersonen müssen jedoch zuvor nach geeigneter Vorbildung eine Prüfung zum Betriebe einer Hausapotheke bestanden haben. In Preussen gründet sich die Zulassung der Pflegepersonen zum Apothekerberufe auf den Ministerial-Erlass vom 2. Juli 1853:



ich zur Erledigung der darin gemachten Anträge folgendes anordne: I. In des Umfanges der Kenntnisse, welche von den Diakonissen, Apothekerinnen in der Dispensier-Anstalt eines Krankenhauses bestimmt sind, zu fordern sind. Diese Diakonissen müssen sich eignen: a) ausreichende Kenntnisse der äusseren Merkmale, sowie der Reinheit und Güte der rohen und der zusammengesetzten, gewöhnlich gebräuchlichen Arzneistoffe; b) Kenntniss der chemischen Präparate nach ihrem äusseren Aussehen und ihrer Zusammensetzung, ihrer am häufigsten vorkommenden Verfälschungen und Verunreinigungen und der Methode, letztere zu entdecken; c) Kenntniss der giftigen und heftig wirkenden Mittel, insbesondere der genannten directen Gifte und der gesetzlichen Bestimmungen über die Aufbewahrung derselben; d) Kenntniss der Art und Weise, wie die einzelnen Arzneistoffe zu bewahren sind, um sie vor dem Verderben zu schützen; e) Kenntniss der verschiedenen Formen, unter denen die Arzneien dispensirt werden (Pulver, Pillen, Abkochungen etc.) und Fertigkeit in Bereitung derselben. Dagegen können Diakonissen nicht auch solche Kenntnisse und Fertigkeiten gefordert werden, zur Anfertigung der in den Apotheken vorrätbig zu haltenden Mittel nöthig z. B. der Destillation von Wässern und Spiritus, der Bereitung von Extracturen, chemischen Präparaten, Salben, Pflastern u. s. w., weil hierzu nicht Vorkenntnisse gehören, welche auch bei sonst gebildeten Diakonissen nicht vorausgesetzt werden dürfen, sondern auch mechanische und chemische Apparate erforderlich sind, die in den Dispensier-Anstalten nicht eingerichtet werden können. Durch diese Bestimmung findet der Antrag der Direction des Rheinisch-Westfälischen Diakonissen-Vereins wegen der Erlaubniss zur Bereitung gewisser Präparate in den Dispensier-Anstalten seine Erledigung. II. In Betreff des Unterrichts zu Apothekerinnen bestimmten Diakonissen setze ich folgendes fest: Der Unterricht in den ad I. genannten Gegenständen ist durch einen approbirten und dazu geeigneten Apotheker in seiner Officin zu ertheilen. Die Wahl dieses Apothekers der Direction überlassen, doch hat dieselbe vor dem Anfange des Unterrichts der getroffenen Wahl der für die Prüfung der Diakonissen zu bestellenden Prüfung Commission Anzeige zu machen und deren Genehmigung einzuholen. Nach beendigem Unterricht in der Apotheke übt die Diakonisse noch einige Zeit die erlangten Fertigkeiten in der Dispensir-Anstalt des Krankenhauses unter der Aufsicht und Anleitung der Apothekerin. III. In Betreff der Prüfung der Apothekerinnen bestimme ich: Für diese Prüfung wird eine besondere, aus einem Kreis-Apotheker und einem Apotheker bestehende Commission in Düsseldorf niedergesetzt. Bei der Commission ist die zu prüfende Diakonisse unter Einreichung ihres Lehrzettels anzumelden und die Bestimmung wegen des Prüfungs-Termins einzubohlen. Die Gebühren für diese Prüfung setze ich auf 2 Thaler hierdurch fest.“

Ferner auf den Ministerial-Erlass vom 4. Oktober 1853.

„Der Königlichen Regierung eröffne ich auf deren Bericht vom . . . mit Rücksicht auf die Begünstigungen, welche in mehreren Fällen den barmhertigen Schwestern in Betreff ihrer Ausbildung zur Verwaltung von Dispensir-Anstalten theil geworden sind, es für ebenso gerechtfertigt als unbedenklich erachte, die in der ab schriftlich angeschlossenen Eingabe der Direction des Rheinisch-Westfälischen Diakonissen-Vereins vom . . . hinsichtlich der in den Anstalten des Kaiserswerth gebildeten Diakonissen stattzugeben.

Ich modifizire daher hinsichtlich dieser Diakonissen meinen Erlass vom 2. d. J. dahin, dass es zu II. einer Genehmigung der Wahl des Apothekers

barmherzigen Bruder in Schiesien um Uebertragung des Dispensirens über  
in der Dispensir-Anstalt des Hospitals bei dem Convente zu N. an ein  
irtes Mitglied des Ordens der barmherzigen Brüder, meine Genehmigung  
Was den seitens des betreffenden barmherzigen Bruders zu  
Nachweis seiner Qualification zum Dispensiren von Arz-  
, so erscheint es gerechtfertigt, dass derselbe mindestens den An-  
er dieserhalb in Beziehung auf die Nonnenklöster und evangelischen  
nstalten erlassenen Instruktion vom 21. April 1853 entspreche, wogegen  
ner öffentlichen Apotheke zum Pharmaceuten vollständig ausgebildeten  
Bruder allerdings höhere Ansprüche zu stellen sein würden.  
iglichen Regierung überlasse ich hiernach, hinsichtlich der Prüfung des  
N. mit Anhalt an die Bestimmungen der genannten Instruktion das Er-  
zuordnen.“

neindeschwestern in Preussen, die an Orten ohne Apotheke ansässig  
Folge des Ministerial-Erlasses vom 9. Februar 1895 durch den zustän-  
ngs-Präsidenten die landespolizeiliche Erlaubniss ertheilt werden, ge-  
mittel und Arzneibereitungen in der Krankenpflege abzugeben unter der  
ass der Bezug jener Arzneimittel stets aus der nächstgelegenen Apotheke  
be an unbemittelte Kranke stets unentgeltlich geschieht. Die Erlaubniss  
ch und an die pünktliche Einhaltung der Ertheilungsbedingungen ge-  
Beispiel für eine derartige Erlaubnisserteilung sei die Verfügung des  
regierung-Präsidenten in Danzig vom 8. Februar 1899 angeführt:  
e dortigen Anträge genehmige ich, dass die Gemeindeschwestern des  
hen Mutterhauses von denjenigen Arzneibereitungen, Drogen und che-  
araten, welche den Apotheken zur Abgabe vorbehalten sind, die in dem  
Verzeichnisse aufgeführten Heilmittel innerhalb des Regierungsbezirks  
hig halten und unentgeltlich an notorisch unbemittelte Kranke  
be der im Verzeichnisse aufgeführten näheren Bedingungen abgeben  
nur unter der Voraussetzung, dass die Arzneimittel wie die Arznei-  
us der nächsten Apotheke bezogen werden. Die eigenhändige Her-

wandsäckchen frei umherliegen, sondern in haltbaren, dicht schliessenden, und dauerhaft bezeichneten Gefässen aufbewahrt werden, welche womöglich verschliessbaren Schranke aufzustellen sind. Bestimmt vorzuschreiben ist so die im anliegenden Verzeichnisse aufgeführten Mittel, von denen Aqua carb. Carbolwasser (No. 2), abgesondert für sich aufzubewahren ist. Bezüglich Abgabefässer sind auch seitens der Gemeindeschwestern die Bestimmungen ministerial-Erlasses vom 22. Juni 1896 zu beachten, wonach die für den Gebrauch bestimmten flüssigen Arzneien in runden Gläsern mit weissen Etiketten die zum äusseren Gebrauch bestimmten jedoch in sechseckigen, an drei gerippten Gläsern mit rothen Etiketten abzugeben sind.

Verzeichniss derjenigen Heilmittel und Arzneizubereitungen, welche sie im Allgemeinen der Abgabe durch die Apotheken vorbehalten sind, von Gemeindeschwestern aus dem westpreussischen Diakonissenkrankenhause zu Dänisch-Wilhelmsburg gehalten und an notorisch unbemittelte Kranke unentgeltlich abgegeben dürfen: 1. Aqua Calcariae, Kalkwasser. 2. Aqua carbolisata, Carbolwasser (3 pCt.) [nur zum äusseren Gebrauch, nicht aber zu hydropathischen Schlägen]. 3. Aqua Plumbi, Bleiwasser. 4. Chininum hydrochloricum, salzsaures Chinin, in abgetheilten Pulvern zu je 0,25 g (nur auf Anordnung des Arztes abzugeben). 5. Emplastrum Cantharidum ordinarium, gemeines Fliegenpflaster (nur auf Anordnung des Arztes abzugeben). 6. Emplastrum Cantharidum perpetuum, Zugpflaster. 7. Mixture acidihydrochlorica, 1 pCt. (1:99 destillirtes Wasser). 8. Mixture solvens (5 g Ammoniumchlorid, 175 g destillirtes Wasser). 9. Mixture sulfurica, Hallersches Sauer, als Zusatz zum kühlenden Getränk. 10. Pulvis Liquiritiae compositus, Brustpulver. 11. Pulvis Magnesiae cum Rheo, Kinderpulver. 12. Tinctura amara, bittere Tinktur. 13. Tinctura Chinae composita, zusammengesetzte Chinatinktur. 14. Tinctura Valerianae aetherica, ätherische Baldriantinktur. 15. Unguentum basilicum, Küminsalbe (nur auf Anordnung des Arztes).“

Ueber die Zulassung, Ausbildung und Prüfung von Krankenschwestern auf dem Gebiete der Apothekerkunst bestimmt die Hamburger Apotheken-Betriebsordnung vom 27. März 1897 Folgendes:

„§ 64. Die Ausbildung von Pflegeschwestern in der Rezeptirkunst einer der staatlichen Hamburger Krankenhausapotheken. Es werden nur solche Schwestern zugelassen, welche 1. einem Verbande angehören, dessen Mitglieder in der Regel lebenslänglich mit der Krankenpflege beschäftigt sind, 2. von der Verwaltung einer Hamburgischen Krankenanstalt der Behörde vorgeschlagen sind, 3. körperlich und geistig zu der fraglichen Thätigkeit geeignet und über 18 Jahre alt sind. Der Verwaltungsphysikus entscheidet nach Anhörung des Assistenten der Pharmacie, ob die Schwester zugelassen werden soll. Von der Zulassung zum Krankenhauscollegium in Kenntniss gesetzt, welches seinerseits die Einberufung der Schülerin zum Unterricht veranlasst. Die Schülerin hat mindestens für die ersten sechs Monate in der Krankenhausapothekethe, der sie überwiesen ist, einen theoretischen Cursus in der Rezeptirkunst, soweit dieselbe für sie erforderlich ist, zu machen. Sie hat sich ferner mit den für ihre Thätigkeit in Betracht kommenden Bestimmungen des Arzneibuches und denen des Apothekenbetriebes vertraut zu machen, die Grundlehren der Physik beziehungsweise des metrischen Maass- und Gewichtsystems, der Waage und des Thermometers bekannt zu machen. Auch die gebräuchlichsten vegetabilischen Drogen im Ganzen und im grob zer-

als Vorsitzenden und dem Assessor für Pharmacie erhalten. Dieselbe einen Termin gebunden; Gebühren für dieselbe werden nicht erhoben. Ist in: a) praktische Prüfung. Dieselbe findet beim Assessor für e statt. Die Candidatin hat bei der Prüfung drei Recepte, deren Anfertigung ihnen ihrer Thätigkeit gehört, zu lesen und vorschriftsmässig anzufertigen; liche Prüfung: Dieselbe findet auf dem Medicinalbureau statt. In der t die Candidatin: 1. die ihr vorgelegten Fragen über die Gesetzeskunde, selbe für sie in Betracht kommt, und 2. die ihr vorgelegten Fragen über ihr zu verlangenden Grundlehren der Physik (§ 64) zu beantworten; (6) der gebräuchlichsten vegetabilischen Drogen im Ganzen oder im grob ten Zustande zu erkennen und deren deutsche und lateinische Benennung 1. In b 1 prüft der Verwaltungsphysikus, in b 2—4 der Assessor für Phar- 67. Nachdem die Pflegeschwester die Prüfung bestanden hat, wird dem Vor- r Anstalt, für welche dieselbe ausgebildet worden ist, Mittheilung gemacht, efügt sei, dieselbe mit der Dispensirung von Arzneien gemäss § 60 zu § 68. Besteht die Pflegeschwester die Prüfung nicht, so kann sie sich m halben Jahre noch einmal zur Prüfung melden. Eine mehr als ein- iederholung der Prüfung ist nicht zulässig.“

Bremische Apotheken-Betriebsordnung vom 6. Oktober 1899 bestimmt s: „§ 54. Ueber die Ausbildung und Prüfung der Apothekerinnen gelten Vorschriften: 1. Der Unterricht ist den zu Apothekerinnen bestimmten western von einem approbirten hiesigen Apotheker und zwar sowohl h als praktisch zu ertheilen, sofern nicht durch beglaubigte Zeug- r Nachweis der anderweitig erfolgten Ausbildung beigebracht wurde. ulassung von Pflegeschwestern zur Prüfung ist von ihnen durch Ver- des dirigirenden Arztes des betreffenden Krankenhauses unter Einreichung zeugnisses bei der Medicinalcommission zu beantragen. III. Die von der Me- nmission gestattete Prüfung wird durch die dem Gesundheitsrath angehören- eder der für die Prüfung von Apothekergehilfen für das Bremische Staatsgebiet

der Art und Weise, wie die einzelnen Mittel aufzubewahren sind, um sie Verderben zu schützen. 6. Ausreichende praktische Fertigkeit in der Berei Arzneien. Zu diesem Zwecke hat die Examinandin drei Recepte von verse gebräuchlichen Arzneiformen zu lesen und die Arzneien danach anzu V. Nach bestandener Prüfung hat die Pflegeschwester vor ihrer Zulass Apothekerin in der Dispensiranstalt eines Krankenhauses ihre Beeidigung Medicinalcommission zu beantragen.“

h) Eine kostenlose Desinfection des Krankenpflegers findet bisher nur in Hamburg und nur dann statt, wenn die Desinfection durch liche Anordnung oder in Gemässheit der bestehenden Bestimmungen erfolge Maassgebend ist das folgende Rundschreiben des Medicinalcollegiums an di vom 22. Mai 1895, bezw. die nachstehende Bekanntmachung vom 16. M „Unter Bezugnahme auf die nachstehend abgedruckte Bekanntmachu Medicinalcollegiums vom 16. d. Mts. werden die Herren Aerzte ergebens auch Ihrerseits darauf hinwirken zu wollen, dass Heildiener, Privat-Kranke und -Pflegerinnen, Wärter und Wärterinnen, welche mit ansteckenden Kra fällen zu thun gehabt haben, eventuell auch Angehörige von Kranken, beim A der Pflege sich alsbald mit den Kleidern, die sie im Krankenzimmer getragen einer Desinfection und zwar thunlichst in der staatlichen Desinfectionsanstal ziehen. Betreffs der Hebammen ist das Erforderliche bereits unter dem 25. 1894 angeordnet worden.

#### Bekanntmachung.

Nach der Bekanntmachung E. H. Senats vom 13. Juni 1894, betreff Gebührenentwurf für die öffentlichen Desinfectionsanstalten, sind von der der Gebühren alle diejenigen Fälle frei, in welchen die Desinfection auf beh Anordnung erfolgt. Diese Bestimmung kann auch auf Hebammen, Heildiener Krankenpfleger und -Pflegerinnen, Wärter und Wärterinnen, sowie auf die A gen von Kranken Anwendung finden. Die behördliche Anordnung der Des erfolgt auf Antrag im Medicinal-Bureau, dem Antrage ist eine ärztliche Be gung über den Krankheitsfall beizufügen. Hamburg, 16. Mai 1895.

Das Medicinal-Collegium

#### i) Schutz der Schwestertracht.

Die bei den Mitgliedern der Krankenpflegerinnengenossenschaften ge liche besondere Tracht, die Schwestertracht, ist nicht ausdrücklich du Landesbehörde vorgeschrieben oder sanctionirt, daher steht sie auch nicht ur Schutze des § 360 St.-G.-B., Ziffer 8, siehe S. 743.

Dass aber auch nach Lage der bestehenden Polizeigesetzgebung ge Missbrauch der Schwestertracht oder der Bezeichnung: „Diakonissin“, „barr Schwester“ eingeschritten werden kann, beweist der Königl. sächsische sterial-Erlass vom 3. August 1894, der bestimmt, dass im einzelne dann, wenn die Führung der Bezeichnung „Schwester“ oder „Diakonissin“ nisse), oder die Anlegung der bei den Diakonissen oder bei den Mitgliedern anderen festorganisirten sächsischen oder nichtsächsischen Schwesternschaft i Tracht geeignet sei, beim Publikum die irrthümliche Annahme zu erwecke die Betreffende einer solchen Anstalt angehöre, hiergegen eingeschritten i diesbezüglichen behördlichen Anordnung, soweit nöthig, durch Androhung Bestrafung nach Maassgabe von § 2 Ziffer 1 des A.-Gesetzes vom 28. Janu Nachdruck gegeben werde.

Die Schwestern des Verbandes deutscher Krankenpflegeans

rsatzfordernden nachgewiesen wird, dass in der Anstellung und Beaufsich-  
is betreffenden Krankenwärters und in dessen Auswahl für die Bewachung  
unglückten Kranken fahrlässig gehandelt worden ist.

### **liener, Heilgehülfen, Masseure, Badediener (Heildienerinnen, Heilgehülffinnen, Masseurinnen, Badedienerinnen).**

#### **Allgemeine Bestimmungen:**

Ausübung der Thätigkeit, durch welche der Arzt oder eine sonstige die  
e ausübende Person durch Handreichungen oder selbstssändige Hülfe-  
n unterstützt wird, ist Jedermann, ebenso wie die Ausübung der niederen  
e, gestattet.

ber die Anmeldepflicht gilt das bei den Krankenpflegern und -Pflegerinnen  
(siehe Seite 925). In einzelnen Bundesstaaten (z. B. im Königreich Sachsen,  
ng vom 29. Juli 1882) und preussischen Regierungsbezirken (z. B. Stral-  
rordnung vom 30. Mai 1900, § 5) sind die „staatlich geprüften“ Heilgehülfen,  
u. s. w., welche zur Ausübung der Heilgehülfenthätigkeit und Massage sich  
ungsbezirk niederlassen, verpflichtet, sich unter Vorlegung ihres Befähigungs-  
s und unter Mittheilung der erforderlichen Angaben über ihre persönlichen  
ufsverhältnisse bei dem zuständigen Medicinalbeamten persönlich oder  
h zu melden und von einer Wohnsitzveränderung oder Aufgabe der Berufs-  
: innerhalb 14 Tagen Anzeige zu erstatten.

Erlangung der Bezeichnung „staatlich geprüfter Heil-  
e, Masseur, Badediener (staatlich geprüfte Heilgehülfin,  
rin, Badedienerin)“.

wohl die Reichsgewerbeordnung die Ausübung der niederen Heilkunde,  
ie die der Heilkunde überhaupt, freigegeben hatte, hielten es die Landes-  
gen im Interesse der Bevölkerung für geboten, die Einrichtung der staatlich  
Wohnsitzveränderung Badediener, Heilgehülfen, Masseurinnen und nach der

Bescheinigung über eine mindestens sechswöchentliche Ausbildung in der Krankenpflege und in der Massage in einer geeigneten Krankenanstalt (mindestens 50 Betten), oder eines sonst genügenden Ausweises über die erlangte Vorbildung. Die Prüfung erstreckt sich zumeist auf folgende Handleistungen: Aderlassen, Schröpfen, Ansetzen von Blutegeln, Massage, Zahnausziehen (für Heilgehülfen), Katheterisiren beim weiblichen Geschlecht (für Heilgehülfinnen), Setzen von Klystieren, Bereitung und Anlegung von Umschlägen, Zubereitung von Bädern, Uebergiessungen, Abreibungen, Einwicklung von Gliedern, Nothstillungen von Blutungen, Anlegung eines Nothverbandes bei Knochenbrüchen, Anwendung des Rettungsverfahrens bei Unglücksfällen bis zur Ankunft des Arztes, Dienstleistung bei ärztlichen Operationen und Leichenöffnungen, Ausführung des Desinfektionsverfahrens (in Berlin darf dieses, wenn es polizeilich gültig sein soll, jedoch nur durch die städtische Desinfektionsanstalt und deren Beamte ausgeführt werden. Polizei-Verordnung vom 14. Juli 1893). Die Prüfung hat sich auch auf die erforderlichen Kenntnisse über den Bau des menschlichen Körpers zu erstrecken. Sanitätsmannschaften, welche durch ein Zeugniß des vorgesetzten Stabsarztes oder Oberstabsarztes eine fünfjährige active Dienstzeit und die erforderliche Befähigung in der Massage nachweisen, erhalten das Befähigungszeugniß als „geprüfte Heilgehülfen u. s. w.“ ohne jede Prüfung.

Nach dem preussischen Ministerial-Erlass vom 2. August 1870 kann unter ähnlichen Voraussetzungen, wie bei der Heilgehülfenprüfung, ein Prüfungszeugniß verliehen werden, das zur Führung des Titels „geprüfter Hühneraugenoperator“ berechtigt.

Nach dem preussischen Ministerial-Erlass vom 18. Oktober 1880 erfolgt die Entziehung der Befugniß, sich „staatlich geprüfter Heilgehülfe u. s. w.“ zu nennen durch die obere Verwaltungsbehörde, den Regierungspräsidenten und nicht nach §§ 53, 54 der Reichsgewerbeordnung (siehe S. 758), da die entsprechenden Prüfungszeugnisse nicht zu den in der Reichsgewerbeordnung aufgeführten Approbationen, Genehmigungen u. s. w. gehören.

Die gleichen oder ähnliche Bestimmungen sind in anderen Bundesstaaten in Geltung, z. B. im Königreich Sachsen durch die Bekanntmachung vom 23. December 1879. Doch werden hier neuerdings geprüfte Heilgehülfen nicht mehr ausgebildet.

In Bayern gelten folgende Vorschriften über die Instrumente und Apparate, die der Bader (Heilgehülfe) zur Ausführung seines Berufs bedarf: 1. Zur Krankenpflege: Thermometer, Klystierspritze, Irrigator, Blutegelgläschen, Aderlasszeug, Schröpfapparat. 2. Behandlung von Wunden und Abscessen: Mehrere chirurgische Messer und Scheeren, Haken-Pincetten, anatomische Pincetten, Sonde, Kornzange, Spatel, Rasirmesser. 3. Zahnbehandlung: Zahnzangen, Zahnreinigungsinstrumente. 4. Verbände: Die in der Baderordnung angegebenen Verbandstoffe und Binden, Schienen aus Holz oder Pappe. 5. Nothhülfe: Gummischlauch zur Blutleere oder eine mit Gummifäden durchwirkte Binde, im Nothfall ein elastischer Hosenträger, eine Aderpresse. Die Arzneistoffe zum äusserlichen und innerlichen Gebrauch, deren Anwendung dem Bader gestattet ist, finden sich in der Baderordnung.

c) Für die einzelnen Verrichtungen haben die staatlich geprüften Heilgehülfen (Heilgehülfinnen) und Masseure (Masseurinnen) entsprechende Gebühren zu fordern, die in den einzelnen Bundesstaaten und preussischen Regierungsbezirken besonders festgesetzt sind.

Allgemeinen gilt der Grundsatz, dass die niedrigsten Sätze Anwendung finden nachweisbar Unbemittelte oder Armenverbände, Staatsfonds, milde , Knappschafts- oder gesetzliche Krankenkassen zur Zahlung verpflichtet dass im Uebrigen die Höhe der Gebühr innerhalb der festgesetzten Grenzen besonderen Umständen des einzelnen Falles, nach der Beschaffenheit und Zeit der Leistung, der Vermögenslage des Zahlungspflichtigen, der örtlichen Verhältnisse u. s. w. zu bemessen ist:

bezüglich der Arzneiabgabe seitens der niederen Heilpersonen in (siehe Seite 947.

Bayern ist den approbirten Heilgehilfen (Badern) durch die Königl. Allerhöchste Verordnung vom 31. März 1899, bezw. durch die dazu gehörige im „Gesetz- und Verordnungsblatt für das Königreich Bayern“ veröffentlichte Ministerial-Bekanntmachung folgendes gestattet:

Die approbirten Bader dürfen mit Carbolsäure, Borsäure und Salicylsäure Verbandstoffe, sowie Jodoformgaze anwenden und sich ausserdem zu der einprocentigen Lysollösung und der einprocentigen Kreolinlösung

2. Von Arzneimitteln dürfen die approbirten Bader Heftpflaster, Bleiwasser, 1, hypermangansaures Kali, Borlösung, Salmiakgeist, Hoffmann's Tropfen Aufgüsse von Camillen, Malvenblüthen, Hollunderblüthen, Lindenblüthen, Pfefferminze bei Ausübung ihrer Befugnisse anwenden. 3. Andere Arzneimittel ohne ärztliche Ordination anzuwenden oder abzugeben, ist den Badern insbesondere ist ihnen verboten: a) Schwefeläther, Chloroform, Luftgas, und Bromäthyl, sowie andere Mittel zur Hervorrufung einer Narkose; um zum innerlichen Gebrauche, wie auch zu Einspritzungen (Injectionen) ohne ärztliche Ordination anzuwenden oder abzugeben. 4. Die Bader müssen die Arzneimittel, deren Abgabe oder Anwendung ihnen zusteht, aus einer Apotheke

Die Bestimmungen der Bekanntmachung des Königl. Staatsministeriums vom 28. Juni 1884 treten hiermit ausser Wirksamkeit. Für Arzneimittel, Abgabe und Anwendung den Badern gestattet ist, desgleichen für Blutegel, Arzneitaxe in Ansatz. Die antiseptischen Verbandmittel dürfen mit ihrem Verkaufspreise nebst 20 pCt. Zuschlag in Aufrechnung gebracht werden.

In verschiedenen Bundesstaaten den Aerzten zugesicherte Prämie für Lebensversuche bei Scheintodten wird auch den staatlich geprüften Hebammen, Heilgehilfen, Masseuren, Badedienern u. s. w. verliehen und Preussen laut Ministerial-Erlass vom 27. Januar 1871 für erfolgreiche 30 Mark und für erfolglose Versuche 15 Mark. Dieselben Sätze werden in anderen Bundesstaaten, zum Beispiel in Braunschweig, gewährt.

### 3. Hebammen und Wochenpflegerinnen<sup>1)</sup>.

Hebammen.

Gewerbliche Verhältnisse der Hebammen: Nach § 30 Absatz 3 Gewerbeordnung (siehe S. 757) bedürfen „Hebammen eines Prüfungszeugnisses der nach den Landesgesetzen zuständigen Behörde“. Dieses Zeugnis gilt nur in den Bundesstaaten, in welchen es erteilt wird, wo das Landesgesetz das Prüfungszeugnis der betreffenden Behörden der Bundesstaaten anerkennt. So bestimmt das Hebammengesetz in Preussen vom 20. April 1895 (§§ 1, 2), dass zur gewerbmässigen Ausübung der

ergl. hierzu Rapmund und Dietrich a. a. O. S. 725 ff.



deutschen Bundesstaates erlangt haben.

Da das Prüfungszeugniss die landespolizeiliche Genehmigung der Hebammenhätigkeit nach § 147 Absatz 1 d. Ordnung (siehe S. 761) darstellt, so kann die Ertheilung desselben von dem Bestehen der Prüfung, von der Erfüllung gewisser sonstigen abhängig gemacht werden, zum Beispiel von dem Nachweis, dass eine Hebamme von einer Gemeinde oder einem Hebammenbezirke angestellt worden ist. In Preussen und in den meisten Bundesstaaten ist den Hebammen das Recht der freien Niederlassung in dem Bereiche des Bezirkes unbeschränkt zugestanden, die Einrichtung von Hebammenbezirken dieser Staaten von der Landesregierung den Gemeinden und Gemeindefürsorgeveränden auf den Weg des Vertrags empfohlen, so in Preussen durch die Allgemeine Verfügung vom 6. August 1883, in Bayern durch § 3 der Verordnung vom 4. Juni 1899 u. s. w.

In dem Königreiche Sachsen sind nach der Verordnung vom 1. April 1818 (bezw. dem Mandat vom 2. April 1818) §§ 7, 8 nur diejenigen Personen zur Ausübung der Hebammenkunst auszuüben, welche für einen bestimmten Hebammenbezirk eine Anstellung gefunden haben. Ohne diese dürfen in der Hebamme nicht angestellte und landesgesetzlich geprüfte Personen die gewerbliche Hebamme nicht ausüben. Der § 3 der sächsischen Verordnung vom 1. April 1818 bestimmt daher auch, dass geprüfte Hebammen, welche innerhalb zweier Jahre nach der Entlassung aus der Hebammenschule als Hebammen nicht angestellt worden sind, solche bereits angestellte gewesene Hebammen, die seit länger als zwei Jahren nicht ausgeübt haben, unmittelbar vor einer Anstellung oder Wiederholung des praktischen Wiederholungskurses an einer Hebamme Landes zu bestehen haben und nicht eher zur Anstellung zugelassen werden, bis sie durch ein Zeugniss des Vorstandes der betreffenden Hebamme legen haben, dass sie den Wiederholungskursus mit Erfolg vollendet haben.

In Reuss j. L. wird der Beginn der Hebammenhätigkeit von einer besonderen Genehmigung des Bezirksausschusses. Der § 3 der Verordnung vom 30. April 1895 bestimmt, dass Hebammen, welche in dem König-

der Berufsthätigkeit nachgehen, ist die gegenseitige Zulassung zur Ausübung durch Staatsverträge gewährleistet, welche das Deutsche Reich mit Staaten: Belgien (Uebereinkunft vom 7. Febr. 1873), Niederlanden (September 1873), Luxemburg (vom 4. Juni 1883), Oesterreich-Ungarn (September 1882), Schweiz (vom 29. Februar 1884) abgeschlossen hat. In diesen Ländern die Hebammen ihre Berufsthätigkeit in den Grenzorten des Reichs ausüben unter der Bedingung, dass sie die in dem Nachbarstaate bei der Ausübung der Hebammenthätigkeit erlassenen Bestimmungen befolgen. In Deutschland sind sie nicht zur Verabreichung von Arzneimitteln an Kranke berechtigt, wenn in dem Falle drohender Lebensgefahr.

Island, Dänemark und Frankreich, mit denen ein Vertrag noch nicht geschlossen ist, können deutsche Hebammen nur dann practiciren, wenn sie im betreffenden Nachbarstaat erforderliche Befähigung erworben haben,

falls das Hebammengewerbe selbst angeht, so hat das Urtheil des Reichs-

am 14. Januar 1887 entschieden, dass durch § 30 Absatz 3 der Reichsgewerbeordnung die gewerbmässige Ausübung der Geburtshilfe nicht in gleicher Weise den männlichen Personen — auch den Personen weiblichen Geschlechts — gegeben sei, sofern nur die Ausübung ohne Beilegung des Titels Hebammen in dem Sinne des § 147 Ziffer 3 der Reichsgewerbeordnung (siehe S. 761) erfolgt.

Es geht aus dem Urtheile hervor, dass Frauenpersonen, um der Bestrafung aus § 147 zu entgehen, das Gewerbe der Geburtshilfe nur dann betreiben können, wenn sie ein vorschriftsmässiges Prüfungszeugniss besitzen — oder mit anderen Worten, dass das Prüfungszeugniss der Hebammen unter die besonderen polizeilichen Genehmigungen (Concession, Approbation) des § 147 Ziffer 1 zu rechnen sei.

Das Urtheil des ehemaligen preussischen Obertribunals vom 9. Jan. 1871 entscheidet, dass die Hebammenthätigkeit geschäfts- oder gewerbmässig dann ist, sobald eine Frauensperson gegen Entgelt in barer Münze oder Geld Geschäfte einer Hebamme verrichtet, so besagt dagegen das Urtheil des Reichs vom 18. September 1900:

„Die Entscheidungsgründe sind nur angeführt, dass die Angeklagte in ihrem Verhältnisse bei Entbindungen als Hebamme thätig gewesen ist und hierfür, ohne ihr Erfordern, bald Naturalien, bald „ein paar Groschen Geld“ erhalten hat — bei Besprechung der Strafzumessungsgründe — dass sie aus dem Gewerbe der Geburtshilfe Geld verdient hat. Dies genügt nicht, um als dargethan zu erachten, dass sie eine Hebamme in dem Sinne des § 147 Ziffer 3 der Reichsgewerbeordnung ist; denn der Begriff der Hebamme erfordert eine auf Erzielung von Vermögensvorteilen, das heisst eine gewerbmässige Thätigkeit mit der Absicht, dieselbe fortgesetzt, wenn sich bietende Gelegenheit auszuüben.“

Die gewerbmässige Ausübung geburtshülflicher Thätigkeit durch Hebammen ist im Falle der Noth ausgenommen — ist überall durch Polizeiverordnungen

regulirt. Als Grundlage für die Ertheilung des Zulassungszeugnisses für die Hebammen wird allgemein die Vollendung eines ausserordentlichen Lehrganges in einer öffentlichen oder dieser gleichgestellten Hebammenanstalt gefordert. Die Zulassungsbedingungen zu den Hebammenanstalten sind in den Bundesstaaten meist dieselben:

Es wird ein Geburtszeugniss, ein Wiederimpfungszeugniss — in dem letzteren auch „ein Schulzeugniss“ — und ein von dem zuständigen Medizinischen — Kreis- oder Bezirksarzt — auszustellendes Zulassungs- oder Be-

fähigkeitszeugniss. Dieses muss bescheinigen, dass die Antragstellerin (von gesundem, nicht schwächlichem Körperbau und mit ungeschwächte gesunden, gehörig gebildeten, nicht zu starken Händen) und geistig (von natürlichem Verstande und mit den im gewöhnlichen Leben erforderlichen Kenntnissen im Rechnen, sowie über die gesetzlichen Maasse und Gewichte) für den Heberuf wohl befähigt und insbesondere des Lesens und Schreibens kundig heisst, dass sie geläufig lesen und ein Diktat deutlich und ohne grobe gegen die Regeln der Rechtschreibung niederschreiben kann). Schliesslich ein ortspolizeiliches Leumundszeugniss erforderlich, welches besagen muss, Antragstellerin die erforderliche Zuverlässigkeit in Beziehung auf den Heberbesitz, unbescholtenen Rufes ist und insbesondere nicht ausserehelich getraut. Ausnahmen von der letzten Bestimmung sind nur zulässig nach sorgfältiger Prüfung aller Verhältnisse und in den meisten Bundesstaaten abhängig von Genehmigung der Centralinstanz. In Preussen entscheidet hierüber die der Heberlehranstalt vorgesetzte Behörde, meist der Landesdirektor (Erlass des Ministers der Medicinal-Angelegenheiten vom 16. Mai 1884). Die Centralinstanz entscheidet über die Zulassung solcher Personen zur Hebammenprüfung, welche den Anforderungen eines anderweitigen gleichwerthigen Bildungsganges, sowie des Besitzes der Voraussetzungen, welche die Aufnahme in die Hebammenlehranstalt erforderlichen Eigenschaften führen. In Preussen treffen in diesem Falle die Oberpräsidenten des Wohnsitzes der Antragstellerin oder des zukünftigen Niederlassungsortes, wenn es sich um eine Ausländerin handelt, die Entscheidung (Erlass des Ministers der Medicinal-Angelegenheiten vom 3. Oktober 1895 und vom 22. December 1898).

Die Zeit des Unterrichts in der Hebammenlehranstalt ist mit Rücksicht auf die verschiedenen Verhältnisse der Einzelstaaten die Feststellung der Vorbedingungen über die Prüfungen verschieden worden ist, sehr verschieden:

In Preussen allein schwankt sie zwischen 5 und 9 Monaten, so Paderborn 5, Magdeburg, Wittenberg und Erfurt 5—6, Gumbinnen, Königsberg, Stettin, Breslau, Greifswald, Berlin. Hannover, Osnabrück, Celle und Mecklenburg 7, Frankfurt a. O., Posen, Danzig, Luebben 8, Kiel und Köln 9 Monate.

In den ausserpreussischen Bundesstaaten ist die Differenz noch bedauerlicher. Die kürzeste Unterrichtszeit hat Blomberg (Fürstenthum Lippe), nämlich elf Schulen unterrichten nur  $3\frac{1}{2}$ — $4\frac{1}{2}$  Monate, z. B. Jena nur  $3\frac{1}{2}$ , Württemberg und Bayern 4, Gotha  $4\frac{1}{2}$ , Hamburg und fünf andere Staaten 6, Mecklenburg 6—9, Elsass-Lothringen 9 (Strassburg 8) Monate.

In den ausserdeutschen Staaten ist der Unterschied noch erstaunlicher. In Wien dauert der Unterricht 4, in Wien 7, in Bern und Kopenhagen 9 Monate. In Paris Pariser Maternité ein Jahr, in Belgien, Niederlande, Italien und Spanien zwei Jahre.

7) Vorschriften über die Desinfection in der Hebammenpraxis.

Das Königreich Sachsen fordert 5proc. Carbolsäurelösung zur Desinfection der Hände und Geräthschaften,  $2\frac{1}{2}$ proc. Carbolsäurelösung zur Desinfection der Wunden, resp. zu vaginalen Ausspülungen. Preussen, Sachsen-Altenburg, Schwerin, Rudolstadt und andere 3proc. Carbolsäurelösung, Hamburg 3 pCt. resp. 1proc. Carbolsäurelösung oder 1proc. Lysollösung, Reuss j. L. verlangt 5 resp. 2proc. Carbolsäurelösung oder 2 resp. 1proc. Lysollösung. Sachsen-Meiningen 5 und 2proc. Carbolsäurelösung, hier ist die Carbollösung ganz aus der Hebammenpraxis verbannt, in Elsass-Lothringen. Sachsen-Weimar fordert (Erlass vom 18. Juli 1896 § 19) Desinfection der Hände durch Wasser und Seife, danach Abbürsten mit Brennspritze im Uebrigen  $1\frac{1}{2}$ proc. Lysollösung. In Preussen ist später gestattet worden,

tatt der 3 proc. Carbolsäurelösung eine 1 proc. Lysollösung oder eine 1 proc. Lösung für ihre Hände und zur vaginalen Ausspülung verwenden.

Pflichten der Hebammen bei Ausübung ihres Berufs. Hebammen, Hebammenlehrbücher.

Die Pflichten der Hebammen bei Ausübung ihres Berufs sind die überall bestehenden Hebammenordnungen maassgebend. Solche Ordnungen sind: in Preussen: die allgemeine Verfügung und Instruction vom 6. August 1883; in Bayern: die Allerhöchste Verordnung vom 4. Juni 1899; in Sachsen: die Verordnung vom 16. November 1897, in Württemberg: die Anweisung vom 6. Mai 1889, die Verordnung vom 5. März 1894; in Schwarzburg-Rudolstadt: die Verordnung vom 12. Oktober 1894; in Rouss j. L.: die Verordnung zum Gesetze vom 29. Juli 1895, in Lübeck: die Verordnung vom 26. Juli 1899; in Hamburg: die Verordnung vom 29. December 1899 u. s. w.

Den Hebammen sind in fast allen Bundesstaaten auferlegt: Die Erlaubnis zum Gewerbebeginns an den zuständigen Medicinalbeamten (Kreis-, Bezirks-) unter Namhaftmachung der Wohnung und persönlicher Vorstellung mit dem Prüfungszeugnisse, sämtlicher Gerätschaften und anderer für den Beruf nothwendiger Gegenstände, genaue Beachtung der in dem Hebammenordnungen oder in besonderen Anweisungen gegebenen Bestimmungen, die Führung eines Hebammenbuchs, wofür in den meisten Bundesstaaten Vordrucke amtlich gegeben sind. Im Grossherzogthum Hessen durch den Erlass vom 8. December 1898, in Preussen im Grossherzogthum Hessen durch den Erlass vom 8. December 1898, in Preussen auch sterilisirte Wattekugeln gehören, der erforderlichen Desinfectumittel (siehe S. 958) und des Hebammenlehrbuchs, die Anzeige eines Hebammenbuchs von Kindbettfieber, sowie eines jeden Todesfalles einer Gebärenden in der Hebamme an den zuständigen Medicinalbeamten und die Ablegung der Prüfung vor diesem in bestimmten Zwischenräumen.

Hebammenlehrbücher, in denen die gesammte Hebammenkunst und Thätigkeit für den Unterricht an den Lehranstalten und für den Gebrauch in der Praxis in Regeln zusammengefasst sind und welche als Hebammengesetzbuch in Gebrauch: in Preussen das Lehrbuch vom Jahre 1892, ausgearbeitet von Dr. Dohrn in Königsberg, in Bayern das von Prof. Dr. Schultze in Jena, in Preussen das von Prof. Dr. Fehling in Jena, in Württemberg das von Prof. Fehling in Jena, in Preussen das von Leopold und Zweifel u. s. w.

Die Aufsicht über die Hebammen, ihre Fortbildung, Nachprüfung und Wiederholungscurse.

Hebammen stehen überall unter der Aufsicht des zuständigen Medicinalbeamten, der sie unvermutheten Revisionen zu unterwerfen berechtigt ist. Nur in Altenburg sind praktische Aerzte als Landesgeburtshelfer mit der Hebamme betraut. In Mecklenburg-Schwerin sind in der Praxis bewährte Hebammen beaufsichtigen haben und den Medicinalbeamten und der Medicinalcommissar unterstellt sind. In Baden wird die Aufsicht ausser durch die Bezirksärzte auch durch besondere Kreis-Oberhebeärzte ausgeübt.

Nachprüfungen, deren Abhaltung den aufsichtführenden Medicinalbeamten obliegt, sollen die Hebammen in ihrer Fortbildung gefördert, ihre Kenntnisse über neue Verordnungen erläutert und zur Pflicht gemacht, sowie die für die Thätigkeit nothwendigen Instrumente, Gerätschaften und Gebrauchsgegenstände festgestellt werden. In Sachsen, Rouss j. L. und Sachsen-Weimar wird die Nachprüfung vom Ermessen des zuständigen Medicinalbeamten abhängig ge-

zelen Provinzen begonnen, alle älteren Hebammen der Reihe holungscursus auf Kosten der Provinzen zu unterziehen, zum Bei Hannover, Westfalen, Rheinprovinz, Niederlausitz, wie dies sch längerer Zeit der Fall ist. Hier werden alle Hebammen nach un alljährlich theils während der Monate Oktober und November i Giessen, theils während der Monate April und Mai in die Lehar 8—14tägigen Wiederholungslehrgängen auf Staatskosten eingezo  
5) Das Einkommen der Hebammen, Gebühren.

Das Einkommen der Hebammen setzt sich zusammen aus d sie für die einzelnen Verrichtungen ihrer Berufsthätigkeit erhalt sind in fast allen Bundesstaaten durch besondere Gebührenordr sie sind in Preussen für die einzelnen Bezirke verschieden, in c staaten dagegen für den Bereich des ganzen Landes gleichmässig burg ist eine besondere Gebührenordnung nicht erlassen, die E der Vereinbarung überlassen, in streitigen Fällen giebt das Me Verlangen des Gerichts ein Gutachten über die Angemessenl Bezahlung. In den grösseren Städten und einzelnen wohlhab platten Landes mangelt es weder an Hebammen, noch diesen a Einkommen aus ihrer Praxis. In vielen Gegenden sind jedocl Hebammen in Folge der geringen Anzahl von Geburten, welche amme zufallen und in Folge der Armuth der Bevölkerung so ger stützung der Hebammen aus öffentlichen Mitteln dringend erford haupt eine genügende Anzahl von Hebammen für die betreffende ( und zu erhalten.

Die meisten Bundesstaaten überlassen diese Versorgung Gemeinden oder Gemeindeverbänden, Kreisen oder Provinzen. die Besoldung der Hebammen, sowie ihre Versorgung für den oder des Alters meistens unzureichend. Die staatliche Invaliditi für die Hebammen bis auf Weiteres nur in beschränktem Maass Nach den Entscheidungen des Reichsversicherungsamtes vom 19.

hrer Praxis beziehen. Für den Fall, dass eine Hebamme durch Alter oder  
dienstunfähig wird, ist ihr seitens der Gemeinden des Bezirkes nach dem  
20. März 1894 eine Pension bis zum Höchstbetrage von dreihundert Mark  
bis vierhundert Mark) zu zahlen, deren Höhe nach dem in ihrem Ge-  
rend der letzten fünf Jahre vor ihrer Versetzung in den Ruhestand  
lahreseinkommen bemessen wird. Die hiernach zu gewährende jährliche  
den beteiligten Gemeinden oder Gutsbezirken zur Hälfte, jedoch in  
le mit einem höheren Betrage als von einhundertundfünfzig Mark aus der  
erstattet. Die sächsischen Einrichtungen haben sich gut bewährt und  
Muster dienen. Die in einigen Bundesstaaten an Aerzte, staatlich ge-  
gehülften und Heilgehülfinnen u. s. w. (siehe S. 955) zu zahlenden  
lebensprämien können auch Hebammen gezahlt werden (in Preussen  
Ministerial-Erlass vom 20. August 1898). Jedoch begründen Belebungs-  
scheintodt geborenen Kindern einen Anspruch auf diese Prämien nicht.  
strafung pflichtvergessener Hebammen.

tergessene Hebammen werden durch den die Aufsicht führenden Medicinal-  
t Verweisen, Wiederholung der Nachprüfung, Verbot der Ausübung der  
keit für kürzere Zeit oder durch die Ortspolizeibehörde mit Geldstrafen,  
der Unterstützung, Entfernung aus dem Amte einer Bezirkshebamme und  
e Weise bestraft. In dem Falle grober Pflichtvergessenheit oder Unfähig-  
bamme hat die Ortspolizeibehörde den Antrag auf Entziehung des Prü-  
isses zu stellen (siehe § 53 Abs. 2 der Reichsgewerbeordnung S. 758).

die Zurücknahme entscheidet in Preussen nach § 120 des Gesetzes vom  
1883 in erster Instanz der Bezirksausschuss, in zweiter das Oberver-  
richt, in Bayern: die Distriktsverwaltungsbehörde, in zweiter Instanz  
gierung, Kammer des Innern (§ 24<sup>2</sup> der V. vom 29. März 1892); im  
h Sachsen: die Kreishauptmannschaft in der durch § 23 des Organi-  
tiztes geordneten kollegialen Zusammensetzung, in zweiter Instanz das Mi-  
les Innern (§§ 39 und 19 der A. V. vom 28. März 1892); in Württem-  
Kreisregierung, wogegen die Beschwerde an den Verwaltungsgerichtshof  
2 der V. vom 9. November 1883, § 8 der Verordnung vom 19. Juni 1873,  
und 60 des Gesetzes vom 16. December 1876; in Reuss j. L.: der Be-  
uss, welcher nicht das Prüfungszeugniss entzieht, sondern die Genehmi-  
Ausübung der Hebammenthätigkeit zurücknimmt. Die Entziehung des  
ugnisses ist gerechtfertigt wegen Mangels der bei der Ertheilung voraus-  
igenschaften, auch der sittlichen (Urtheil des preussischen Oberverwal-  
nts vom 2. April 1884), z. B. bei ausserehelicher Schwängerung (Urtheil  
e-Ausschusses in Merseburg vom 1. December 1893), bei Ehebruch (Urtheil  
ischen Oberverwaltungsgerichts vom 21. Januar 1895), ferner, wenn eine  
im Laufe der Jahre durch Krankheiten, Alter etc. diejenigen körperlichen  
gen Eigenschaften, also auch Kenntnisse, verloren hat, die bei Ertheilung  
gszeugnisses vorausgesetzt werden mussten, z. B. bei Verkrüppelung der

Ist das Prüfungszeugniss durch rechtskräftigen Beschluss des Verwaltungsgerichts entzogen, so kann es in den meisten Bundesstaaten Centralinstanz wieder verliehen werden.

b) Wochenpflegerinnen.

Der Erlass des preussischen Ministers der Medicinal-Angelegenheiten vom 22. Juni 1900 spricht sich über die Ausbildung von Wochenbett- und das Zusammenwirken von Aerzten und Hebammen in der geburtshilflichen Thätigkeit folgendermaassen aus: „Die anbei zurückfolgenden Berichte der Regierungen zu Aachen, Köln, Koblenz, Düsseldorf und Trier, betr. den Antrag des Aachener Lesevereins“ in Aachen: für Wochenbettpflegerinnen eine staatliche Prüfung und Beaufsichtigung einzuführen, haben mir Anlass gegeben, eine Deputation für das Medicinalwesen über diese Frage zu entsenden und die bezüglichen Verhältnisse auch in einigen anderen Regierungen zu prüfen. Hiernach vermag ich ein allgemeines Bedürfniss für die Ausbildung von Wochenbettpflegerinnen oder sogen. Erstwärtinnen, der dazu berufenen Hebammen bei den von den Aerzten behandelten Geburtsfällen thätig sein sollen, nicht anzuerkennen. Die nach dem Antrag des „Aachener Lesevereins“ zu Aachen ausgebildeten und geprüften Wochenbettpflegerinnen würden voraussichtlich bald nichts anderes als einen werthigen Hebammenstand darstellen und die Hebammen sowohl in ihren Existenzbedingungen auf das Erheblichste schädigen, als auch den gesundheitlichen Interessen der Bevölkerung. Es muss daran festgehalten werden, dass die Hebamme die geeignete Gehülfin des Arztes bei seiner geburtshilflichen Thätigkeit ist, und zwar nicht bloss bei den Geburten, wo sein Beistand erforderlich wird, sondern auch bei den normal verlaufenden Fällen. Der Arzt die Abwartung des gesammten Geburtsverlaufs übernommen ist, ist vermöge ihrer Vorbildung und praktischen Erfahrung im Stande, die Kreissende anderer Berufspflichten wegen vorübergehend verlassende drohende Ereignisse rechtzeitig zu erkennen und die oft erforderlichen Maassnahmen anzuordnen. Ihr Ersatz durch die sogen. Erstwärtinnen

eigenden Wohlstande der Bevölkerung in erhöhtem Maasse be-  
r machen. Denn wenn die Pflege der Wöchnerin gewisser-  
n auch nur einen Zweig der allgemeinen Krankenpflege dar-  
so hat dieselbe doch so viel Eigenartiges, dass eine beson-  
usbildung als erwünscht und zweckmässig erachtet werden  
Hierzu kommt, dass neben der Pflege vielfach auch die Stellvertretung in der  
des Hausstandes erforderlich wird. Hiernach stellt dieses Gebiet der Kranken-  
mit seinen erhöhten Anforderungen ein segensreiches und dankbares Arbeits-  
ientlich für Frauen aus den gebildeteren Ständen dar. Es wird daher die  
samkeit der Frauenvereine, der Zweigvereine des Vaterländischen Frauenver-  
er sonstiger Wohlthätigkeitsvereine, welche sich mit der Krankenpflege be-  
auf die planmässige Inangriffnahme der Ausbildung geeigneter Frauen in der  
bettpflege zu lenken sein. Zu solcher Ausbildung gehört nach der  
sung der Wissenschaftlichen Deputation für das Medicinal-  
und nach den anderwärts gewonnenen Erfahrungen die prak-  
Unterweisung in geburtshülflichen Anstalten oder Wöch-  
enasylen während 2—3 Monaten, wenn die Auszubildende mit  
undsätzen der allgemeinen Krankenpflege bereits vertraut  
lle in dieser Richtung sich bewegenden Bestrebungen ver-  
von den Behörden unterstützt zu werden. Dies wird in der Weise  
en können, dass zunächst festgestellt wird, an welchen Anstalten und unter  
Bedingungen der Unterricht in der Wochenbettpflege ertheilt werden kann.  
frage kommenden Vereine in der dortigen Provinz würden alsdann hiervon in  
er Weise zu verständigen sein.“

ne hiernach ausgeführte Verfügung erliess der preussische Regierungspräsident  
und über die Ausbildung von Wochenbettpflegerinnen unter dem  
1901: Mit meiner Verfügung vom 12. v. M.<sup>1)</sup> ist Ihnen bereits bekannt ge-

---

Diese Verfügung lautet: „Lehrgänge für Wochenbettpflegerinnen.  
derung der Ausbildung sachkundiger Wochenbettpflegerinnen werden nach





Wochenbetts, die aus mancherlei Ursachen im Einzelnen erst dazu berufenen Hebammen nicht ausführbar ist, einen nicht Gesundheitsgefahren für die Wöchnerin ausschliesst und die Gese Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit zu beschleunigen geeignet. Nutzen und Segen wird die Thätigkeit gut geschulter Wochenbettj wenn ihre Zuziehung schon vor dem zu erwartenden Eintritt d würde, weil sie dann mit ihrem Rath noch mehr in der Lage sind Einfluss im Krankheit vorbeugenden Sinne auszuüben und Aufklä niss für die Pflichten angehender Mütter in breite Volksschichten : zweifellos eine dringende Aufgabe der Zukunft, welche sich statistischen Vergleich der Todesfälle im Wochenbett während de zehnte ergibt. Die Abnahme der Zahl der an Wochenbettfieber e storbenen Frauen während der letztverflossenen zehn Jahre hält d erwarteten gleichen Schritt mit derjenigen im neunten Jahrzeh Jahrhundert, in dem die Anwendung der Reinlichkeits- d. h. an sätze während der Geburt und im Wochenbett ihren unverkennbar ausübte. Es ist dies um so auffälliger, als die Sicherheit des V Erfahrung noch vergrössert und die begründete Auffassung ni dass die fieberhaften Wochenbettserkrankungen vermeidbar sind. Erscheinung dürfte zum nicht geringen Theil in dem Umstande z die grosse Mehrzahl der Frauen aus den breiten Volksschichten mi Pflichten zur Vorbereitung eines Geburts- und Wochenbetts nicht hat die vorbeugende Thätigkeit der Wochenbettpflegerinnen mit A Erfolg einzusetzen. Stellt auch die Pflege der Wöchnerin gewisse Zweig der allgemeinen Krankenpflege dar, so bietet sie doch soviel eine gesonderte Ausbildung mehr als erwünscht, ja als unbedin achtet werden muss. Diese Gesichtspunkte sind massgebend gewi halb des Regierungsbezirks so bequem gelegenen Hebammenlehrar Lehrgänge für Wochenbettpflegerinnen mit drei monatlicher Dauer ( damit für unbemittelte Frauenkreise Gelegenheit geboten, einen vorz den Beruf zu erlernen. während für die bemittelteren Kreise d

nischen-Heilanstalt Grenswald mit der Empfehlung aufmerksam zu machen, ung von Frauen und Mädchen nach Möglichkeit zu fördern und zu unterstützen. Ich entspreche ich der Anregung des Herrn Oberpräsidenten, indem , darauf hinzuwirken, dass, wenn zur Ausbildung unbemittelter Frauen fang der erforderlichen Kosten aus Kreis- und Gemeindemitteln in Frage artigen Anträgen Wohlwollen und thätige Förderung entgegengebracht re.“

## **B. Heilanstalten.**

### **I. Allgemeines.**

14 der deutschen Reichsverfassung vom 16. April 1871 lautet: „Der tigung seitens des Reichs und der Gesetzgebung desselben an die nachstehenden Angelegenheiten . . . . .“

#### **15. Maassregeln der Medicinalpolizei“.**

doch das Reich bisher von diesem Recht in Beziehung auf die Heil- inen wesentlichen Gebrauch gemacht hat, so ist auf diesem Gebiete die ng der Bundesstaaten maassgebend. Nur bezüglich der

#### **nkungs- und Sterblichkeitsstatistik der Heilanstalten**

Deutschland ein gleichmässiges Verfahren infolge der Bundesraths- vom 24. October 1875 (§ 377 der Protokolle), 30. November 1876 (§ 393 lle), 26. September 1878 (§ 452 der Protokolle) und vom 12. Dezember der Protokolle). Hiernach ist in allen Bundesstaaten angeordnet, dass eilanstalten einschliesslich der Universitätskliniken, allgemeinen Kranken- u denen auch die Lungenheilstätten, Irren- und Pflegeanstalten, zu denen istalten für Epileptiker, Idioten, Schwachsinnige und Nervenkranken zu id. Augenheil- und Entbindungsanstalten zu Beginn des neuen Jahres

einzureichen — Ministerial-Verordnung vom 10. December 1875 und ausserdem haben die Anstaltsärzte nach dem durch die Minister vom 28. Juli 1898 festgesetzten Muster für die ärztlichen Jahresberichte merkwürdigen Vorkommnisse in ihren Anstalten zu berichten. Auf dem Berg sind die Formulare zunächst an den Medicinalbeamten (Oberärzten) zu senden, der sie an das statistische Bureau weitergibt (Verfügung des statistischen Büreaus vom 12. Januar 1876). Alljährlich ist zur Statistik von den zuständigen Verwaltungsbehörden am Jahresabschluss der in dem betreffenden Jahre eröffneten und geschlossen unter Angabe der Bezeichnung und des Eigenthümers, Zweckes, des Orts und des Namens des dirigirenden Arztes, (getrennt für männliche und weibliche Kranke) an den Kreisarzt von diesem entweder direct oder durch Vermittelung der oberen Verwaltungsbehörde an das statistische Bureau des Bundesstaates einzusenden (vgl. schen Ministerial-Erlass vom 23. April 1880 und § 101 der Dienstvorschriften für Kreisärzte vom 23. März 1901).

## 2. Beaufsichtigung der Heilanstalten

§ 1. [Sämmtliche Heilanstalten werden auf Grund der bestehenden Bestimmungen staatlich beaufsichtigt. In Preussen beruht die Aufsicht auf dem Allgemeinen Landrecht (Theil II, Titel 19, § 32. Armenhäuser, Hospitäler, Waisen- und Findel-, Werkstätten stehen unter dem besonderen Schutze des Staates. § 33. Werden Anstalten von neuem errichtet, so muss das Vorhaben dem Staate nach den Grundsätzen ihrer Verfassung angezeigt werden. § 37. Auch solche in der Stiftungsurkunde oder sonst eigene Aufseher vorgesetzt sind der Oberaufsicht des Staates unterworfen. § 38. Diese Oberaufsicht aber nur darauf ein, dass nach den vom Staate ausdrücklich oder genehmigten Verordnungen des Stifters verfahren werde und nicht was dem allgemeinen Endzwecke solcher Stiftungen zuwider sei.]

und zwar nur auf solche, welche gewerbsmässig betrieben werden, also solche, welche lediglich den Charakter von Wohlthätigkeitsanstalten an sich haben. 2. Ob es sich nach Vorstehendem um eine unter den § 30 der Reichs-Gewerbeordnung fallende Privatkranken- etc. Anstalt handelt oder nicht, wird im Falle je nach Lage desselben zu entscheiden sein. Die Erhebung von Steuern giebt der Anstalt nur dann den Charakter eines gewerblichen Unternehmens, wenn damit die Erzielung von Ueberschüssen bezweckt wird. 3. Vorgibt insbesondere auch für die Kranken- etc. Anstalten der Orden, Congregationen, Wohlthätigkeitsvereinigungen etc. 4. Nur bestimmten physischen Personen die Concession zum Betriebe von Privatkranken- etc. Anstalten erteilt, nicht Personenvereinigungen als solchen, nicht juristischen Personen etc.; würden diese bestimmte physische Personen als Unternehmer zu bezeichnen, welche die Ertheilung der Concession zu übertragen wäre (Entscheidung des Oberverwaltungsgerichts vom 16. September 1882, Bd. 9, Seite 286 ff.). Nicht unter den § 30 der Reichs-Gewerbeordnung fallenden öffentlichen und Privatkranken- etc. Anstalten sind der Einwirkung des Staates keineswegs entzogen, so das volle Aufsichtsrecht aus und hat, insbesondere auch betreffs der Errichtung und Aufhebung aus polizeilichen Gesichtspunkten entscheidenden Einflusses. (Regierungsinstruction vom 23. October 1817; § 33 Theil II Titel 19 des preussischen Landesrechts).“

Aufsichtsrecht des Staates erstreckt sich in den meisten Bundesstaaten auf die Annahme von Legaten und Schenkungen seitens der Heilanstalten. So bestimmt zum Beispiel das preussische Gesetz vom 23. Februar 1870 (Nr. 118): „§ 1. Schenkungen und letztwillige Zuwendungen bedürfen zu ihrer Genehmigung des Königs: 1. insoweit dadurch im Inlande eine neue Person ins Leben gerufen werden soll, 2. insoweit sie einer im Inlande bestehenden Corporation oder anderen juristischen Person zu anderen als von ihm genehmigten Zwecken gewidmet werden sollen. § 2. Schenkungen und Zuwendungen an inländische oder ausländische Corporationen und andere Personen bedürfen zu ihrer Gültigkeit ihrem vollen Betrage nach der Genehmigung des Königs oder der durch Königl. Verordnung ein für allemal zu bestimmenden Behörde, wenn ihr Werth die Summe von Eintausend Thalern übersteigt. Die Leistungen werden hierbei mit fünf vom Hundert zu Capital berechnet. Die Genehmigung einer Schenkung oder letztwilligen Zuwendung in den Fällen nach § 2 erfolgt stets unbeschadet aller Rechte dritter Personen. Mit dieser Genehmigung ist, wenn die Genehmigung erteilt wird, die Schenkung oder letztwillige Zuwendung als von Anfang an gültig zu betrachten, dergestalt, dass mit der genehmigten oder letztwillig zugewendeten Sache auch die in die Zwischenzeit fallenden Früchte zu verabfolgen sind. Die Genehmigung kann auf einen Theil der genehmigten oder letztwilligen Zuwendung beschränkt werden. § 4. Die besonderen Vorschriften, wonach es zur Erwerbung von unbeweglichen Gegenständen im Inlande oder ausländische Corporationen und andere juristische Personen der Genehmigung der Staatsbehörde bedarf, werden durch die vorstehenden Bestimmungen nicht berührt. Soweit es jedoch zu einer solchen Erwerbung nach gegenwärtigen Vorschriften der Genehmigung des Königs oder der Ministerien bedarf, können statt dessen durch Königl. Verordnung die Behörden, denen die Genehmigung zustehen soll, anderweitig bestimmt werden. § 5. Einer Geldstrafe bis zu hundert Thalern, im Unvermögensfalle entsprechender Gefängnisstrafe, ist : 1. Vorsteher von inländischen Corporationen und anderen juristischen Personen, welche für dieselben Schenkungen oder letztwillige Zuwendungen in Em-

freierung von der preussischen Stempelsteuer, der Erbschaftssteuer gebühren. An den landesgesetzlichen Bestimmungen über dies durch das B. G.-B. nichts geändert.

Die Staatsaufsicht wird ausgeübt im Auftrage der höheren V durch die zuständigen Medicinalbeamten erster Instanz, soweit d stalten nicht einer höheren Instanz unmittelbar unterstellt si Preussen die Universitätskliniken unmittelbar der Centri ministerium)unterstellt, die Provinzialkranken-, Heil- und -F sowie die Provinzialhebammen-Lehranstalten und -Entbin unterstehen dagegen der gesundheitspolizeilichen Aufsicht der Ot sich hierbei der Mitwirkung der zuständigen Regierungs- und M anderer geeigneter Sachverständiger bedienen. Die Heilanstalten ordens nehmen in Preussen insofern eine besondere Stellung ei behörden nach dem Ministerial-Erlass vom 10. December 1892 das Aufsichtsrecht mit Rücksicht auf die dem Orden Allerhöchst g stellung nur auf Grund einer in jedem einzelnen Falle nachzusuche Ordre ausüben zu können. In Bayern und Sachsen gilt bezü tätskliniken dasselbe wie in Preussen, während die Kreis-Krai -Landesanstalten der Aufsicht der Kreisregierungen unterstehen. führt die Aufsicht über die Staatskrankenanstalten und die Land eine besondere Abtheilung des Medicinalcollegiums.

Im Uebrigen beauftragt die höhere Verwaltungsbehörde § 2 Ziffer 3 der Regierungsinstruction vom 23. October 1817 - Abtheilung der Regierungen —, jetzt der Regierungspräsiden stellten Medicinalbeamten mit der Besichtigung der Anstalten. In l gebend § 100 der Dienstanweisung für die Kreisärzte: „§ 100. Al Regierungspräsidenten unterstehenden öffentlichen und privaten Kr Bezirkes, Knappschafts-, Kranken- und Heilanstalten, Entbindun heilstätten, Sanatorien, Kaltwasserheilanstalten, Heil- und Pflegean kranke, Idioten, Epileptische, Nervenheil-, Blinden-, Taubstumm

zu berichten. Bei der Beaufsichtigung von Privatanstalten für Geistes-  
epileptische und Idioten ist nach den hierfür bestehenden Sondervorschriften  
en (vergl. Anweisung über Unterbringung in Privatanstalten für Geistes-  
epileptische und Idioten vom 26. März 1902). An den von der Besuchs-  
n vorzunehmenden Besichtigungen dieser Anstalten hat der Kreisarzt Theil  
zu nehmen. Das erwähnte Formular X lautet:

für die Besichtigung von Krankenhäusern und ähnlichen  
Anstalten

(zugleich Vorschrift für die Verhandlung).

1. Zeichnung der bei der Besichtigung beteiligten Personen. 2.\*) Lage der  
Umgebung im Gelände. Nachbarschaft (geräuschvolle Gewerbe, Tanzlokale,  
Kasinos u. s. w.). Entfernung der nächsten Gebäude. Hofraum. Garten-Grund-  
stücke. Lagerstelle. 3.\*) Bauart. Einheitsbau. Pavillon. Beschreibung der  
4.\*) Bei Einheitsbauten: Lage der Hausgänge (Korridore) und deren  
Belichtung, Flure. 5. Zahl der Stockwerke. 6.\*) Lage, Zahl und Beschaffen-  
heiten. 7.\*) Zahl und Lage der Krankenzimmer. 8.\*) Besondere Räume für  
besondere Kranke: a) für Infektionskranke mit Ausschluss von Venerischen,  
Syphilitischen und Krätzigen, c) für passante Geisteskranke (Zwangsmittel [Be-  
brauch der Einrichtung für c]). 9.\*) Trennung der Geschlechter. Kinder-  
Spielraum für Genesende (Tageraum, Liegehallen, Veranden). 11.\*) Heizung  
von allen bewohnten Räumen, der Hausgänge und Flure. 12.\*) Beschaffen-  
heit der Böden, Wände und Decken (Anstrich). 13.\*) Lage und Grösse der  
Küche. Verhältniss zum Krankenzimmer (Oberlicht). 14.\*) Künstliche Beleuch-  
tung der Räume. 15.\*) Waschgelegenheit für die Kranken. 16.\*) Zahl und Be-  
schaffenheit der Badeeinrichtungen. 17.\*) Beschaffenheit der Lagerstellen und der  
Lagerung. 18.\*) Luft- (Cubik-) Raum für jede Lagerstelle. 19.\*) Beschreibung des  
Geburts- (Entbindungs-) Zimmers. Instrumentarium. 20.\*) Sonstige Einrichtungen  
z. B. Apparate, Einrichtungen zur Heilgymnastik und dergleichen). 21.\*) Chemi-  
kalisch-bakteriologisches Laboratorium. Einrichtung. 22.\*) Lage und Beschaffen-  
heit der Abtritte. Nachtstühle, Bettschüsseln, Uringefässe, Speigefässe, mit Wasser  
versorgte. 23.\*) Beseitigung der menschlichen und wirthschaftlichen Ab-  
fälle. Trinkwasserversorgung. Beschaffenheit des Wassers. 25.\*) Einrichtung  
der Küche, Raum für Speisevorräthe. Menge und Beschaffenheit derselben.  
26. Beschaffenheit der Krankenkost am Besichtigungstage. 27. Formen der Ver-  
pflegungszettel. Verpflegungskosten für die einzelnen Kranken. 28.\*) Wasch-  
kammer und Plättkammer, Trockenboden. Wäschepot. 29.\*) Leichenkammer.  
Leichenöffnungen. 30.\*) Desinfectionsapparat. 31. Eiskeller.  
32. Einrichtung. Verwaltung: 32.\*) Leitende Behörde (Curatorium, kirchliche  
Behörde, Verein u. s. w.). 33. Leitender Arzt und Hülfärzte. 34. Zahl der

### 3. Anlage, Bau und Einrichtung von Heila

In den meisten Bundesstaaten sind Bestimmungen über An-  
richtung von Krankenanstalten vorhanden, die ausführlichsten s  
schen Ministerialerlasses vom 19. August 1895. Dieselben lauten

„Im Sinne dieser Verordnung werden die Krankenanstalten  
grosse Anstalten mit mehr als 150 Betten, mittlere mit 150—50  
weniger als 50 Betten. Für die Anlage, den Bau und die Ein-  
lichen und Privat-Krankenanstalten, sowie für den Umbau und  
stehender Anstalten dieser Art gelten folgende Vorschriften:

I. Anlage und Bau: § 1. Die Krankenanstalt muss thun  
fernt von Betrieben liegen, welche geeignet sind, den Zweck d  
trächtigen. Der Baugrund muss in gesundheitlicher Beziehung ei  
Frontwände der Krankengebäude müssen untereinander mindeste  
anderen Gebäuden mindestens 10 Meter entfernt bleiben. Vor  
Krankenzimmer muss mindestens ein solcher Freiraum verblei  
fassungswände und Dächer gegenüberliegender Gebäude nicht üb  
ausgehen, welche in der Fussbodenhöhe der Krankenzimmer von  
unter einem Neigungswinkel von 30 Grad gezogen wird. Wenn di  
barten, nicht zur Anstalt gehörigen Grundstücken gegenüberlie  
Grenze jener Grundstücke Gebäude von der grössten, nach der  
nungen zulässigen Höhe auch dann als vorhanden anzunehmen,  
unbebaut oder nicht bis zur zulässigen Höhe bebaut sind. Für  
stalten im Innern grosser Städte kann ein grösserer Neigung  
werden, welcher jedoch nicht über 45 Grad hinausgehen darf.  
bauten (sogen. Corridorsystem) sind ringsumschlossene Höfe  
Flure und Gänge müssen mindestens 1,80 m bereit sein; d  
der Regel einseitig angelegt werden. Mittelgänge sind nur ur  
zulässig, dass sie reichliches Licht unmittelbar von aussen  
lüftbar sind. § 3. Die für die Aufnahme von Kranken bestimm

erhalten. Die Fussböden aller von Kranken benutzten Räume sind mög-  
erdicht herzustellen. § 5. Die Krankenzimmer, alle von den Kranken be-  
benräume, Flure, Gänge und Treppen müssen mit Fenstern versehen  
e Fensterfläche soll in Krankenzimmern mindestens 1,5 qm auf jedes Bett  
ich der Lagerstellen für Wärter betragen. § 6. Für jedes Bett (Lager-  
n Zimmern für mehrere Kranke ein Luftraum von mindestens 35 cbm, bei  
enfläche und in Einzelzimmern von mindestens 45 cbm, bei 10 qm Boden-  
fordern. Mehr als 30 Betten (Lagerstellen) dürfen in einem Kranken-  
nt aufgestellt werden.

nnere Einrichtung. § 7. In jeder Krankenanstalt muss für jede Ab-  
oder für jedes Geschoss mindestens ein geeigneter Tageraum für zeitweise  
ägerige, in gemeinsamer Pflege befindliche Kranke eingerichtet werden,  
sse auf mindestens 2 qm für das Krankenbett zu bemessen ist. Ausser-

ein mit Gartenanlagen versehener Erholungsplatz von mindestens 60 qm  
jedes Krankenbett vorgesehen werden. § 8. Für Irrenanstalten gilt

Bestimmungen in dem § 6 Absatz 1 und § 7 folgendes: 1. In Anstalten mit  
) Betten müssen ausnahmslos Tageräume und Erholungsplätze vorgesehen

Bei Anstalten, welche Tageräume haben, darf die Grösse des Luftraumes  
20 cbm bei 3—4,5 m lichter Höhe betragen; ausserdem müssen in den

bei gleicher Höhe mindestens 4 qm Grundfläche für den Kopf vorhanden  
Kranken unter 14 Jahren genügen für den Kopf in den Schlafzimmern

traum, in den Tageräumen 3 qm Grundfläche. 3. Anstalten, welche keine  
haben, müssen für jeden Kranken 35 cbm Luftraum, bei Personen unter

e 27 cbm Luftraum darbieten. 4. Befinden sich in der Anstalt bettlägerige,  
vernachlässigende oder nicht saubere Kranke, so muss für jeden derselben

lafzimmern mindestens 35 cbm Luftraum, für jeden nicht Bettlägerigen  
dfläche in den Tageräumen vorhanden sein. Bei Kranken solcher Art

hren genügen für den Kopf in den Schlafzimmern 27 cbm Luftraum und  
nicht Bettlägerigen in den Tageräumen 4 qm Grundfläche. 5: Zur Ab-

störender Kranker muss mindestens ein Einzelraum vorhanden sein, dessen  
icht unter 40 cbm betragen darf. 6. Der Erholungsplatz muss schattig sein

stens 30 qm Fläche für den Kopf enthalten. § 9. Allen Krankenzimmern  
anken benutzten Nebenräumen ist während der Heizperiode frische vorge-

t aus dem Freien zuzuführen. Die verbrauchte Luft muss in geeigneter  
führt werden. Als Mindestmaass der Lüfterneuerung sind 40 cbm für jedes

stelle) in der Stunde zu fordern. § 10. Der obere Theil der Fenster der  
mer, der von den Kranken benutzten Nebenräume, der Flure, Gänge und

uss leicht zu öffnen sein und mit Lüftungseinrichtungen versehen werden.

alle Krankenzimmer, von Kranken benutzten Nebenräume, Flure und  
s in genügender Weise gleichmässige Erwärmung vorgesehen werden.



Abfuhr oder mittels Schwemmung unter Wahrung der Reinheit der Luft in den Gebäuden und unter Verhütung jeder Bodenverunreinigung zu beseitigen. Abtrittsgruben sind unzulässig.<sup>1)</sup> Trockene Abfälle und Kehrlicht sind in dichten verschliessbaren Gruben oder Behältern zu sammeln und so oft abzufahren, dass keine Ueberfüllung der Behälter eintritt. Ansteckungsverdächtige Auswurfstoffe müssen sofort unschädlich beseitigt werden. § 14. Die Aborte sind von den Krankenzimmern durch einen Vorraum zu trennen, welcher, wie der Abort selbst, hell, lüftbar und heizbar sein muss. § 15. In jeder Krankenanstalt ist bei einer Belegzahl bis zu 30 Betten mindestens ein Baderaum für ein Vollbad, bei einer grösseren Belegzahl für mindestens je 30 Betten ein Baderaum zu beschaffen. § 16. In Krankenanstalten, in welchen chirurgische Operationen ausgeführt zu werden pflegen, ist bei einer Belegzahl von mehr als 50 Betten mindestens ein besonderes Operationszimmer einzurichten. Ein solches kann auch bei kleineren Anstalten nach Lage der Verhältnisse verlangt werden. § 17. In Entbindungsanstalten mit mehr als vier Betten ist ein besonderes Entbindungszimmer einzurichten.

III. Nebengebäude. § 18. Für grosse und mittlere Anstalten sind die Wirthschaftsräume in einem besonderen Gebäude unterzubringen. § 19. Jede Krankenanstalt muss eine eigene, ausschliesslich für deren Insassen bestimmte Waschküche haben. Inficirte Wäsche darf ohne vorherige Desinfection nicht ausserhalb der Anstalt gereinigt werden. § 20. Für grosse und mittlere Anstalten ist in einem besonderen, nur für diesen Zweck bestimmten Gebäude eine geeignete Desinfectionseinrichtung vorzusehen, sofern nicht am Orte oder in dessen Nachbarschaft eine öffentliche Desinfectionsanstalt zur Verfügung steht. § 21. Zur Unterbringung von Leichen ist in allen Anstalten ein besonderer Raum herzustellen, welcher lediglich diesem Zwecke dient und dem Anblick der Kranken möglichst entzogen ist. Für grosse und mittlere Anstalten ist ein besonderes Leichenhaus mit Sectionszimmer erforderlich. Leichenhaus und Desinfectionshaus dürfen unter einem Dach unter der Voraussetzung angeordnet werden, dass beide Anlagen durch eine vom Erdboden bis zur Dachfirst reichende massive, undurchbrochene Wand getrennt werden.

IV. Unterbringung der Kranken. § 22. In allen Anstalten müssen männliche und weibliche Kranke, abgesehen von Kindern bis zu zehn Jahren, in getrennten Räumen, in grossen und mittleren Anstalten in getrennten Abtheilungen untergebracht werden. § 23. Für Kranke, welche an ansteckenden, insbesondere acuten Krankheiten leiden, sind in grossen und mittleren Krankenanstalten ein oder mehrere Absonderungshäuser, in kleinen Anstalten mindestens abgesonderte Räume, wenn möglich in gesonderten Stockwerken vorzusehen. In Irrenanstalten muss mindestens ein Zimmer für ansteckende Erkrankungen zu Gebote stehen. § 24. In öffentlichen, sowie in grossen und mittleren Privat-Krankenanstalten muss für die vorübergehende Unterbringung eines Geisteskranken ein geeigneter Raum mit der erforderlichen Einrichtung vorhanden sein. § 25. Zur Feststellung von ansteckenden

1) Diese Bestimmung ist jedoch nur in den Provinzen: Pommern, Hannover, Schleswig-Holstein und in dem Bezirk Sigmaringen eingeführt. In den Provinzen Ost- und Westpreussen, Brandenburg, Posen, Schlesien, Westfalen, Sachsen, Rheinprovinz und Hessen ist dafür folgende Bestimmung aufgenommen: „Abtrittsgruben sind nur für kleinere Anstalten in einem Abstände von wenigstens 5 m von dem Krankengebäude und wenigstens 10 m von jedem Brunnen unter der Bedingung zulässig, dass ihre Sohle und ihre Umfassungsmauer aus Klinkern mit Cementmörtel gemauert sowie mit einer Schicht fetten Thones in einer Stärke von wenigstens 25 cm umgeben werden“.

iten ist in grossen und mittleren öffentlichen Anstalten eine eigene Beobachtung einzurichten.

Schluss- und Strafbestimmungen. § 26. Die Vorschriften der örtlichen Polizeiordnung bleiben insoweit in Kraft, als sie nicht durch die vorstehenden Bestimmungen abgeändert werden. § 27. Von den Bestimmungen des § 1 — 3, der §§ 2, 4, 7, 9, 12 Absatz 1, §§ 16, 19 Absatz 1, §§ 20, 21 Absatz 2: Regierungspräsident (für Berlin und Charlottenburg der Polizeipräsident) in besonderen Fällen Ausnahmen zulassen. § 28. Zuwiderhandlungen gegen diese Polizeiverordnung werden, sofern nach den bestehenden Gesetzen keine Strafe verwirkt ist, mit Geldstrafe bis zu sechzig Mark, eventuell verhältnissmässig geahndet. — Daneben bleibt die Polizeibehörde befugt, die Herstellung ordnungsmässiger Zustände herbeizuführen.“

diesen Vorschriften, welche in der Form einer Polizeiverordnung in den Provinzen erlassen worden sind, gab der Ministerialerlass vom 26. Juli folgende Erläuterung: „Nachdem seitens der Wissenschaftlichen Deputation für öffentliche Anstalten über die, bezüglich der Anlage, des Baues und der Einrichtung öffentlichen und Privat-Kranken-, Entbindungs- und Irren-Anstalten zu stellenden Bestimmungen bestimmte Grundsätze aufgestellt waren, sind für die Provinzen und für den Stadtbezirk Berlin . . . . Polizeiverordnungen über

Bau und Einrichtung von öffentlichen und Privat-Kranken-, Entbindungs- und Irren-Anstalten nach dem, durch unseren gemeinschaftlichen Erlass

August 1895 mitgetheilten Muster erlassen worden. Das Ober-Verwaltungsgericht hat in der Entscheidung vom 27. Mai 1899 die für die Provinz Brandenburg und den Stadtkreis Berlin erlassene Polizeiverordnung vom 8. Juli 1898

für ungültig erklärt mit der Begründung, dass allgemeine Anordnungen im Sinne des § 115 Absatz 3 des Zuständigkeitsgesetzes, durch welche die Concessionspflicht für die von ihnen zu treffende Entscheidung gebunden werden sollen, nicht durch eine Polizeiverordnung erlassen werden könnten. Auch als eine von den

Landes-Aufsichtsbehörden erlassene Allgemeine Anordnung (§ 115 Abs. 3 a. a. O.) die Polizeiverordnung der rechtlichen Gültigkeit, da die Entscheidung über die Geltung von Ausnahmen von den Bestimmungen der Polizeiverordnung nicht der Concessions-, sondern anderen Behörden übertragen und diese Ausnahmen so

sein, auch mit anderen Vorschriften in so engem sachlichen Zusammenhange, dass nur erübrige, den gesamten Vorschriften die Anerkennung der Gültigkeit zu versagen. In dem der Entscheidung des Oberverwaltungsgerichts zu erliegenden Falle handelt es sich um die von dem Bezirksausschusse zu erlassende Concession für eine Privat-Krankenanstalt (§ 30 der Reichsgewerbeordnung

5 des Zuständigkeitsgesetzes). Die erlassenen Polizeiverordnungen beziehen sich ihrer überall gleichlautenden Ueberschrift und Einleitung nicht allein auf

Concessionspflicht unterliegenden Privat-Kranken-, Entbindungs- und Irren-Anstalten, sondern auch auf die öffentlichen Anstalten, welche den Charakter von öffentlichen Anstalten tragen oder von öffentlichen Corporationen (Communalen, Kreisen, Gemeinden pp.) errichtet werden und einer Concessionspflicht unterliegen, und zwar auch dann nicht, wenn sie gewerbsmässig betrieben

Da in dem Urtheile des Oberverwaltungsgerichts ein Unterschied zwischen Concessionspflichtigen und concessionsfreien Anstalten nicht gemacht, sondern die Gültigkeit der Polizeiverordnung ihrem vollen Umfange nach für rechtsungültig erklärt ist, so werden die in der Entscheidung die der Concessionspflicht nicht unterliegenden Anstalten

betreffen. Dies unterliegt jedoch gewissen Bedenken: denn für die concessionspflichtigen Anstalten, welche die überwiegende Mehrzahl unter den in Betracht kommen-

den Kranken- pp. Anstalten bilden, bietet die Polizeiverordnung die gesetzlich gegebene Norm, um die Erfüllung der aus gesundheits- oder baupolizeilichen Gründen an den Bau oder die Einrichtung dieser Anstalten zu stellenden Anforderungen zu sichern und die in dem Urtheile des Oberverwaltungsgerichts entwickelten Gründe treffen jedenfalls für die der Concessionspflicht nicht unterliegenden Anstalten nicht zu, da für letztere eine bindende Entscheidung der Concessionsbehörde nicht in Frage kommt. Es wird daher die erste sich darbietende Gelegenheit dazu benutzt werden müssen, um bezüglich der concessionsfreien Anstalten eine declarirende Entscheidung des Oberverwaltungsgerichts herbeizuführen. Bezüglich der der Concessionspflicht unterliegenden Anstalten dürfte eine Abänderung der getroffenen Entscheidung nicht zu erwarten sein, zumal das Oberverwaltungsgericht schon anderweitig den Grundsatz aufgestellt hat, dass Polizeiverordnungen, welche lediglich dazu bestimmt sind, die Concessionsbehörden in ihren Entscheidungen zu binden, der Gültigkeit entbehren. Mit Rücksicht auf die hiernach sich ergebende Sach- und Rechtslage bestimmen wir Folgendes: 1. Ew. Excellenz wollen die Regierungspräsidenten anweisen, den materiellen Inhalt der für die dortige Provinz erlassenen Polizeiverordnung in Form einer allgemeinen Anordnung im Sinne des § 115 Absatz 3 des Zuständigkeitsgesetzes den Bezirksausschüssen zur Nachachtung bei der Concessionirung der Privat-Kranken-, Entbindungs- und Irrenanstalten mitzutheilen. Die „Allgemeine Anordnung“ hat sich ihrem Wortlaute nach genau an die bestehende Polizeiverordnung anzuschließen unter alleiniger Abänderung der Ueberschrift und der Einleitung, sowie unter Fortfall der Schluss- und Strafbestimmungen. Unter den Schlussbestimmungen befindet sich auch der von der Zulässigkeit von Ausnahmen handelnde Paragraph; statt desselben ist ein neuer gleichlautender Paragraph anzufügen, in welchem nur statt der Worte: „Der Regierungspräsident . . . . zulassen.“ zu sagen ist: „Der Bezirksausschuss in besonderen Fällen Ausnahmen zulassen.“ 2. Was die der Concessionspflicht nicht unterliegenden Anstalten anbelangt, so ist in Bezug auf diese unverändert daran festzuhalten, dass für sie die erlassenen Polizeiverordnungen zu Recht bestehen und zur Anwendung zu bringen sind. Zur Sicherung einer gleichmässigen und energischen Durchführung der in den Polizeiverordnungen enthaltenen Vorschriften sind die für die Ertheilung der Bauconsense zuständigen Polizeibehörden durch die Regierungspräsidenten erneut mit der Anweisung zu versehen, dass sie alle bei ihnen eingehenden Gesuche um Ertheilung der Erlaubniss zum Bau oder zum Umbau von Kranken- pp. Anstalten, welche der Concessionspflicht nicht unterliegen, vor der Ertheilung des Bauconsenses den Regierungspräsidenten vorzulegen haben. Diese haben die Vorlagen nach der Richtung einer eingehenden Prüfung zu unterziehen, ob durch dieselben den Vorschriften der Polizeiverordnung genügt ist, und das weiter Erforderliche anzuordnen. Wir machen insbesondere darauf aufmerksam, dass die Vorschriften der Polizeiverordnungen über die gesundheitspolizeilichen Anforderungen, welche an die baulichen und sonstigen technischen Einrichtungen der Anstalten zu stellen sind, auch denjenigen Krankenanstalten gegenüber zur Geltung zu bringen sind, welche von den Vorständen der Invaliditäts- und Altersversicherung, den Berufsgenossenschaften pp. errichtet werden. . . .“

Vor Ausführung etwaiger Neu-, Um- oder Erweiterungsbauten von Krankenanstalten sind die erforderlichen Bauzeichnungen nebst Erläuterung und ein Lageplan der zuständigen Behörde zur Genehmigung einzureichen. An Bauzeichnungen sind vorzulegen: die Grundrisse sämtlicher Geschosse, ein Querschnitt zur Erläuterung der einzelnen Geschosshöhen (Fenster, Thüren) und wenigstens die Vorderansicht der beabsichtigten Bauten. Die Bauzeichnungen sind in dem Maassstabe von 1 : 100 und die Durchschnitte der Mauer-, Eisen- und Holztheile mit

teristischen Farben anzufertigen und in den einzelnen Räumen Länge, Breite, der Flächen- und Rauminhalt, die Art der Benutzung, Zahl der Betten u. s. w. ben. Der Lageplan (Maassstab 1 : 500, mit Nordpfeil) soll ergeben: die n des Grundstückes, benachbarte Strassen, Plätze und Gebäude, mit Angabe enutzung, die auf dem Grundstücke befindlichen und neu zu errichtenden Bau- en mit Angabe ihres Zwecks. Die Abgrenzung von Hof und Garten, Lage des ns, Abfuhr und Canalisationsvorrichtungen u. s. w. Die baupolizeiliche igung seitens der Ortspolizeibehörde darf nicht eher ertheilt werden, ehe nicht undheitspolizeiliche Genehmigung ertheilt ist. Nach § 102 der Dienst- ing für die Kreisärzte vom 25. März 1901 hat in Preussen bei Neubauten össeren Umbauten von Kranken- u. s. w. Anstalten eine Prüfung mit Begut- der Baupläne seitens des Kreisarztes stattzufinden. In Sachsen sind, wie den meisten anderen Bundesstaaten, ebenfalls Baupläne von Kranken- u. s. w. en bezüglich der dabei zu beachtenden gesundheitspolizeilichen Erfordernisse des Bezirksarztes zu prüfen.

#### 4. Verwaltung und Betrieb der Heilanstalten.

einzelnen Bundesstaaten sind über die Leitung und den Betrieb der Kranken- n, sowie über die Anstellung von Anstaltsärzten und deren Dienstpflichten Anordnungen getroffen. In Preussen sind die vorbereitenden Schritte für heitliche Regelung dieser Frage vor Kurzem durch nachstehenden Ministerial- vom 8. Mai 1901 eingeleitet worden: „Nachdem den Forderungen, welche in auf Anlage, Bau und Einrichtung der öffentlichen und Privat-Krankenanstalten andpunkte der öffentlichen Gesundheitspflege zu erheben sind, durch die ial-Erlasse vom 19. August 1895 und 26. Juli 1900 im Wesentlichen Rech- stragen ist, kommt die Frage, ob es nicht angezeigt erscheint, nunmehr auch eine nähere Regelung des Betriebes, der Leitung und Beaufsichtigung der then und Privat-Krankenanstalten einheitliche Verhältnisse auf diesem Gebiete rführen. Insbesondere wird es sich hierbei um die Frage handeln, in welcher g und in welchem Umfange eine Betheiligung des ärztlichen Elements von ung und Regelung der Betriebsverhältnisse der Krankenhäuser wünschens- st. bzw. welches Mindestmaass von Betheiligung bei Berücksichtigung aller icht kommenden Verhältnisse namentlich in grossen Krankenhäusern für das e Element anzustreben ist. Die Punkte, um welche es sich hierbei im Wesent- andelt, werden die Leitung — die ärztliche und ökonomische — des Ganzen, anisation des ärztlichen Dienstes, die Aufnahme, Vertheilung, Entlassung der i, die Disciplin, Krankenpflege betreffen. Die wissenschaftliche Deputation Medicinalwesen, welche von mir zur Sache gutachtlich gehört worden ist, hstehende Leitsätze als maassgebende Gesichtspunkte in Vorschlag gebracht: einheitliche, verantwortliche Leitung einer Krankenanstalt ist einem Arzte zu gen. Bestehen in einem Krankenhause mehrere gesonderte Abtheilungen, so e dirigirenden Aerzte derselben in der Behandlung der Kranken der Abthei- selbstständig. 2. Der dirigirende Arzt der Anstalt (oder Abtheilung) bestimmt fnahme, Vertheilung und Entlassung der Kranken; er ist der Vorgesetzte der rzärzte und des Pflegepersonals. 3. In ein Seuchenhospital oder in ein Isolir- e für ansteckende Krankheiten darf kein Kranker aufgenommen werden, bevor ie Natur seiner Krankheit festgestellt ist. Es sind deshalb in Krankenanstalten besondere Beobachtungs- (Quarantäne) Stationen einzurichten. 4. Gegen die agung von Infectionskrankheiten ist durch genaue Verhaltensmaassregeln Vorkehrung zu treffen.“ Bevor ich mich entschliesse, einer Regelung auf der

Grundlage der vorstehenden Anregungen näher zu treten, lege ich Werth darauf, hinsichtlich der Ew. Hochwohlgeboren unterstellten Krankenanstalten Ihre gutachtliche Aeusserung über die Angelegenheit, über die Bedürfnissfrage, über die Vorschläge der Deputation, sowie auch darüber kennen zu lernen, ob und inwieweit die vorgeschlagenen Maassregeln bereits ausgeführt sind oder ausführbar erscheinen und inwieweit sie etwa auch für bestehende Anstalten alsbald Anwendung finden können. Die Privatanstalten für Geisteskranke, Epileptische und Idioten, für welche in dem Ministerial-Erlasse vom 21. März 1901 eine Sonderregelung bereits erfolgt ist, sind von der Berichterstattung auszuschneiden.“

Als Muster der schon in einzelnen Bezirken und Bundesstaaten geltenden Bestimmungen über die Anstellung und Dienstanweisung der Krankenhausärzte sei die Verfügung des Regierungspräsidenten in Kassel vom 12. Februar 1894 angeführt: „Zur Wahrung einer einheitlichen ärztlichen Leitung der Krankenanstalten, sowie im Interesse des allgemeinen Wohles und desjenigen der Kranken erscheint es erforderlich, dass die dem Krankenhausärzte obliegenden Pflichten und ihm zustehenden Rechte vom Vorstande bezw. dem Unternehmer klar ausgesprochen und vom Arzte förmlich anerkannt werden. Von Aufsichtswegen wird deshalb hiermit für den Regierungsbezirk Kassel folgendes angeordnet: I. In jeder öffentlichen Krankenanstalt — ausgenommen die staatlichen und die communalständischen —, sowie in jeder privaten — sofern Arzt und Unternehmer nicht dieselbe Person sind — ist seitens des Vorstandes, bezw. des Unternehmers binnen drei Monaten mit dem leitenden Arzte ein besonderer Vertrag abzuschliessen und diesem eine genaue Dienstanweisung zu ertheilen und zwar mit den am Schlusse angeführten Vorschriften. II. Wo bereits ein Vertrag oder eine Dienstanweisung für den Arzt bestehen, sind dieselben erforderlichenfalls nach vorerwähnten Vorschriften entsprechend zu ergänzen. III. Unternehmer von Privattheilanstalten, Inhaber von Concessionen für Kranken- und Irrenanstalten haben, sofern sie Aerzte sind, obige Vorschriften genau zu beachten, andernfalls aber diese Vorschriften ihren Anstaltsärzten ausdrücklich zur Pflicht zu machen. IV. Die Königlichen Kreisärzte haben die in Rede stehenden Verträge und Dienstanweisungen, welche ihnen seitens der Vorstände bezw. der Unternehmer durch Vermittelung des Königlichen Landrathsamtes vorzulegen sind, zu prüfen, die Ausführung obiger Vorschriften zu überwachen und mir hierüber bis 1. Juli d. J. zu berichten.

Dienstanweisung für den Arzt des . . . . . zu . . . . . § 1. Der Arzt, welchem die Leitung des gesammten Sanitätsdienstes in der Anstalt obliegt, ist dafür sowohl dem Vorstande, bezw. dem Unternehmer, wie auch den zuständigen Polizei- und Gerichtsbehörden verantwortlich. Letzteren hat er nach Maassgabe der darüber bestehenden Vorschriften a) die Aufnahme Verwundeter, Geisteskranker und mit ansteckenden Krankheiten Behafteter, sowie b) das Vorkommen von derartigen Krankheiten, von Unglücksfällen und Selbstmorden innerhalb der Anstalt rechtzeitig anzuzeigen, c) die fernerhin etwa erforderlichen Berichterstattungen pünktlich und sachgemäss auszuführen, auch d) bei Todesfällen, die nach Lage der Sache mathematisch zu einer gerichtlichen Leichenöffnung oder Besichtigung Anlass geben, dafür zu sorgen, dass an der Leiche nichts vorgenommen wird, was zur Verdunkelung des Thatbestandes dienen könnte. Eine Leichenöffnung darf in derartigen Fällen unter keinen Umständen erfolgen ohne vorheriges Benehmen mit der zuständigen Polizei- und Gerichtsbehörde. § 2. Der Arzt (§ 1) hat ferner darüber zu wachen, dass in der Anstalt gesorgt wird: a) für stets gesunde reine Luft durch zweckmässige Lüfterneuerung, für Erwärmung und Beleuchtung der Krankenzimmer und für Reinlichkeit und Ordnung in sämmtlichen Anstaltsräumen, b) für einwandsfreies Trink-

brauchswasser, für gesunde Ernährung der Kranken auf Grund der aufgestellten Kostformen, für deren angemessene Bekleidung, der Natur ihrer Krankheit entsprechende Unterbringung und sachgemässe Behandlung, c) für Anordnung und Ausführung der etwa erforderlichen vorschriftsmässigen Desinfection, insbesondere Abfallstoffe Hustender oder an ansteckenden Krankheiten Leidender, ihrer Leib- und Bettwäsche, sowie der von ihnen benutzten Geschirre, Aborte (h) Ablauf der Krankheit) auch ihrer Krankenzimmer, genau nach Maassgabe der Ministerial-Erlasse vom 3. April 1883 und 10. December 1890, d) für unschädliche Abfuhr der festen und flüssigen Abfallstoffe, der Küchen- und Hauswässer, gemessene Unterbringung und Bewahrung der Leichen. § 3. Der Arzt (§ 1) muss a) ausser den regelmässigen Besuchen sich in dringenden Fällen oder ausserhalb der Anstalt zu jeder Tages- oder Nachtzeit in die Anstalt zu begeben und bei Abwesenheit für angemessene Vertretung zu sorgen, bei längerer Abwesenheit dies auch dem Vorstände bezw. dem Unternehmer anzuzeigen, b) alle Uebelstände betreffs der Pflege und Wartung der Kranken, sowie der Einrichtung und baulichen Beschaffenheit der Anstalt dem Vorstände bezw. dem Unternehmer Abhilfe ungesäumt anzuzeigen, c) auf Erfordern auch den regelmässigen Besichtigungen der Anstalt beizuwohnen, d) das Aufnahmebuch und die Krankenjournalen (Ministerial-Erlass vom 25. Mai 1880, Ministerial-Blatt Nr. 10) ordnungsmässig zu führen und bei Anfertigung der vom Vorstände bezw. dem Unternehmer zu liefernden Statistiken und Berichte mitzuwirken, e) bei Arzneiverordnung jede unnöthige Vertheuerung zu vermeiden, f) im Falle der Besserung des Kranken die Entlassung rechtzeitig anzuordnen und dies dem Vorstände bezw. dem Unternehmer anzuzeigen. § 4. Entlassung von Kranken wegen Verletzung der Hausordnung darf nur vom Vorstände bezw. dem Unternehmer angeordnet werden und ist dem Arzte ungesäumt mitzutheilen. § 5. An ansteckenden Krankheiten Leidende dürfen unter keinen Umständen eher entlassen werden, als der Ausspruch des Arztes jede Gefahr einer Ansteckung durch sie beseitigt ist. § 6. Die Kranken bezüglich Abweichungen von der Hausordnung bedürfen der Zustimmung des Arztes. § 7. Das Warte- und Pflegepersonal ist bei der Ausübung seines desfallsigen Dienstes dem Arzte untergeordnet und hat dessen Anordnungen unbedingt Folge zu leisten. Aufgestellt und im Anschluss an den Vertrag vom 1. October 1880 anerkannt und vollzogen“.

Anstellung der Anstaltsärzte, die in staatlichen oder grösseren kommunalen Krankenhäusern volle Beamteneigenschaft und daher auch an der Communalverwaltung Theilnahme in Preussen (nach der Entscheidung des Reichsoberverwaltungsgerichts vom 5. Mai 1898 auch die Anstaltsärzte der Universitätskliniken) Theil haben, erfolgt durch die Landesverwaltung oder bei den Hilfsärzten durch die dirigirenden Aerzte. Nur die Anstaltsärzte der Universitätskliniken in Preussen werden ebenso wie die

(an Aussatz, Cholera, Fleckfieber, Gelbfieber, Pest, Pocken) in öffentlichen Kranken- u. s. w. Anstalten der Anstaltsvorsteher oder die von der zuständigen Stelle beauftragte Person allein zur Erstattung der Anzeige verpflichtet, während für sämtliche anderen Krankenanstalten, insbesondere die Privatanstalten, die Anzeigepflicht nach § 2 des genannten Gesetzes gilt und sich daher nicht nur auf den Arzt, sondern auch auf den Krankenhausverwalter und das Pflegepersonal, sowie den Leichenschauer erstreckt. In Beziehung auf die übrigen übertragbaren Krankheiten sind in den einzelnen Bundesstaaten sehr verschiedene Bestimmungen über die Anzeige aus Krankenanstalten in Geltung, deren Aufnahme mit Rücksicht auf den knapp bemessenen Raum nicht möglich ist. Die Verschiedenheit erstreckt sich nicht nur auf die Auswahl der anzuzeigenden Krankheiten, sondern auch auf die anzeigepflichtigen Personen. Meist ist jedoch die Anzeigepflicht den Krankenhausvorstehern und leitenden Aerzten in öffentlichen Anstalten, den behandelnden Aerzten und den Krankenhausverwaltern in den Privatanstalten auferlegt. Der Hilfsarzt ist im Allgemeinen von der Anzeigepflicht befreit, wenn er nicht den abwesenden Chefarzt selbständig vertritt. Der bemerkenswerthe preuss. Min.-Erl. vom 3. April 1883 über das Verhalten der Krankenhausvorstände beim Auftreten ansteckender Krankheiten verdient hier noch besonders angeführt zu werden: „In Folge eines Specialfalles, in welchem wegen Ausbruchs von Pocken in einer sonst gut geleiteten Krankenanstalt nicht nur die Anzeige an die Polizeibehörde unterlassen worden, sondern auch die erforderlichen sanitätspolizeilichen Maassregeln von Seiten des Vorstandes der Anstalt unbeachtet geblieben waren, sowie im Hinblick auf die hierbei zu Tage getretene Unkenntniss der gesetzlichen Bestimmungen des Regulativs bei ansteckenden Krankheiten vom 8. August 1835 sowohl auf Seiten des Vorstandes, als auch der Aerzte der Anstalt, finde ich mich veranlasst, nachfolgende Vorschriften in Erinnerung zu bringen: Auf Grund des § 9 des gedachten Regulativs haben auch die Vorstände aller Krankenanstalten dafür Sorge zu tragen, dass beim Ausbruch von ansteckenden Krankheiten, namentlich von Pocken, Cholera, Flecktyphus, Recurrens, lösartigen Fällen von Ruhr und Scharlach, sofort die Anzeige an die Polizeibehörde gemacht wird. Gleichzeitig ist nach § 18 die thunlichste Isolirung der Kranken zu bewirken, wenn besondere Epidemiehäuser nicht zur Verfügung stehen. Beim Auftreten der Pocken in einer Krankenanstalt, die über ein abgesondertes Pockenhaus nicht gebietet, ist bei den übrigen Insassen derselben die Vaccination bezw. Revaccination nach Maassgabe der allgemeinen gesetzlichen Bestimmungen zu vollziehen. Alle Wärter und Wärterinnen haben sich unbedingt der Revaccination zu unterziehen, sobald mehr als 5 Jahre seit der letzten, etwa bereits erfolgten Revaccination verflossen sind. Bei Kranken, die mit anderen ansteckenden Krankheiten als den genannten befallen in einer Krankenanstalt Aufnahme gefunden haben, ist mit den entsprechenden Maassnahmen vorzugehen und sind insbesondere die Vorschriften der Anzeige und Isolirung nach Befinden der Umstände zur Geltung zu bringen. Nach der Genesung ist hinsichtlich der Desinfection nach den §§ 19, 20 und 21 und in einem Todesfalle nach § 22 des Regulativs zu verfahren. Ausserdem ist darauf zu halten, dass seitens der Vorstände der Krankenanstalten eine „Instruction“, welche nicht nur die Organisation des ärztlichen Dienstes regelt, sondern auch den Hausärzten als Richtschnur für ihr Verhalten bei ansteckenden Krankheiten dient, überall eingeführt werde. . . .“

Hierzu giebt der Min.-Erl. vom 7. December 1898 noch folgende den Typhus betreffende Erläuterung: „Auf den Bericht vom 7. October d. J., I. 8377 II. die Anzeigepflicht der Krankenhausvorstände bei Typhus betreffend, erwidere ich, dass bei Erl. des Regulativs vom 8. August 1835 die Natur des Typhus wissenschaftlich noch nicht genügend erforscht und die Unterscheidung in Fleckfieber, Unterleibs-

Kranken, Ausgang der Krankheit —, ferner die Anlegung und Fortführung  
Krankenblattes für jeden Kranken zur Aufnahme der Krankengeschichte vor-  
n.

r die Einführung des 100theiligen Thermometers sind in einzelnen  
entsprechende Vorschriften, z. B. in Preussen der folgende Min.-Erlass vom  
1901: „Aus den auf meinen Erlass vom 7. Juni v. J. — M 5057, U I,  
— erstatteten Berichten geht hervor, dass die Einführung des 100theiligen  
Thermometers in allen Theilen der Monarchie erhebliche Fortschritte gemacht hat.  
In Ermahnung auf die in dem Erlasse hervorgehobenen Gründe lege ich Werth  
auf den Gebrauch des 100theiligen Thermometers 1. in allen öffentlichen  
Kranken- und Irrenanstalten, 2. in den öffentlichen Badeanstalten, 3. in den höheren  
Lehrschulen bis zum 30. September d. J. durchgeführt werde, auch wenn  
die vorhandenen 80theiligen Thermometer noch brauchbar sind; Thermometer mit  
Scala sind ebenfalls durch 100theilige Instrumente zu ersetzen. Auch ist  
zu wirken, dass die Temperaturangaben in den Localblättern nur nach Graden  
des 100theiligen Thermometers veröffentlicht werden.“

r die Verbrechen gegen § 174 des Strafgesetzbuches in Kranken-  
anstalten siehe S. 739. Ueber die Unterbringung von Strafgefangenen in  
Krankenanstalten siehe S. 744 § 493. Ueber die Verjährung der Ansprüche von  
Krankenanstalten siehe S. 745 § 196. Ueber die Unterbringung von Dienst-  
personen in Krankenanstalten s. S. 865 § 90. Ueber den Schutz der Kranken-  
anstalten gegen geräuschvolle Betriebe siehe S. 756 § 27. Ueber die Versiche-  
rung der in Krankenanstalten thätigen Pflegepersonen resp.  
Arbeiter siehe S. 857. Ueber die Unterbringung von erkrankten Kassens-  
kassen in Krankenhäusern siehe S. 767 § 7. Ueber den Schadenersatz für  
durch Verschulden eines Krankenhauswärters siehe S. 953. Ueber  
die Unterbringung und Betrieb von Krankenhausapotheken siehe S. 947.  
Die entsprechenden Bestimmungen sind meist  
in der Verordnung vom 18. Februar 1902 lauten: „D. Zweig-, Krankenhaus-



Fächern und Schiebekästen aufzustellen, welche die vorschriftsmässige Absonderung der sehr vorsichtig aufzubewahrenden Mittel ermöglichen; ausserdem müssen sich hier befinden: das erforderliche Arbeitsgeräth an präzisirten Waagen und Gewichten, Mörsern etc., ein Arbeitstisch mit Schiebekästen, sowie ein Handdampfkocher mit Zinn- und Porzellan-Infundirbüchse. Ebenso müssen das Arzneibuch, die Arzneitaxe, die Bestimmungen über Hausapotheken, das Belagbuch über den Einkauf der Arzneimittel und ein Tagebuch zum Eintragen der Verordnungen nebst deren Taxpreisen, sowie die Genehmigung zum Halten einer Hausapotheke und die Apotheken-Betriebsordnung vorhanden sein. Die Genehmigung zur Einrichtung einer Krankenhausapotheke, sowie zum Halten einer ärztlichen Hausapotheke wird von dem Regierungspäsidenten auf Antrag nach Prüfung der Verhältnisse widerruflich ertheilt; derselbe stellt auch nach Anhörung des Regierungs- und Medizinalraths das Verzeichniss der für eine ärztliche Hausapotheke zulässigen Arzneimittel fest. Die Entscheidung über die in einer Krankenhaus-Apotheke vorrätig zu haltenden Arzneimittel ist dem Vorstande des Krankenhauses überlassen.“ Ferner bestimmt § 25 der preussischen Anweisung zur amtlichen Besichtigung der Krankenhaus-Apotheken, dass die Bevollmächtigten die Genehmigungsurkunde, die Approbation oder den Befähigungsnachweis des Betriebsleiters, das Kranken-Tagebuch und das Belagbuch über die Herkunft der Arzneimittel, sowie das deutsche Arzneibuch einzusehen haben. Aehnliche Bestimmungen enthalten die bayerische Apothekenordnung vom 27. Januar 1842, und die Königl. Verordnung vom 19. März 1895, die Württembergische, verf. vom 1. Juli 1885, die Badische Verord. vom 11. September 1896, die Schaumburg-Lippesche Verord. vom 15. November 1900, die Hamburgische Medizinalordnung vom 26. Dezember 1899, die Lübeck'sche Medizinalordnung vom 26. Juli 1899 u. s. w.

Ueber die Unterbringung eines zu Entmündigenden in eine Heilanstalt siehe § 656 der C. Pr.-Ordn. (S. 752). Hierbei handelt es sich nicht nur um öffentliche oder private Irrenanstalten, sondern um jede Art von Heilanstalt, in der die Beobachtung eines Geisteskranken seitens eines geeigneten Sachverständigen (Gerichtsarzt, Irrenarzt) möglich ist.

Das unbefugte Aufnehmen und Zurückhalten eines Menschen in einer Krankenanstalt kann dem Verdachte der widerrechtlichen Freiheitsberaubung anheimfallen. Siehe § 239 des Str. G. B. (S. 741.)

## 5. Das praktische Jahr der angehenden Aerzte in Kranken-Anstalten.

Die neue ärztliche Prüfungsordnung vom 28. Mai 1901 (Centralbl. f. d. Deutsche Reich, S. 136) enthält in den §§ 59—62 folgende Bestimmungen: „III. Praktisches Jahr. § 59. Nach vollständiger bestandener ärztlicher Prüfung und in der Regel im unmittelbaren Anschluss an diese hat der Candidat sich ein Jahr lang an einer Universitätsklinik, Universitätspoliklinik oder an einem dazu besonders ermächtigten Krankenhaus innerhalb des Deutschen Reiches unter Aufsicht und Anleitung des Directors oder ärztlichen Leiters als Praktikant zu beschäftigen und von dieser Zeit mindestens ein drittel Jahr vorzugsweise der Behandlung von inneren Krankheiten zu widmen. Die Ermächtigung erfolgt durch den Reichskanzler in Uebereinstimmung mit der Centralbehörde (§ 1) desjenigen Bundesstaats, in dessen Gebiet das Krankenhaus belegen ist, im Reichslande mit dem Ministerium für Elsass-Lothringen. Ein Verzeichniss der ermächtigten Krankenhäuser wird alljährlich vom Reichskanzler veröffentlicht. Die Wahl der Anstalt steht dem Candidaten frei. Ein mehr als zweimaliger Wechsel ist jedoch nur mit Genehmigung der für die Approbation zuständigen Centralbehörde (§ 63 Abs. 2) zulässig. § 60.

lichen Leiter der Anstalt zu unterzeichnen. Gegen die Versagung des Zeug-  
nisses wie im anderen Falle ist binnen zwei Wochen Beschwerde an die der  
Poliklinik vorgesetzte, bei Krankenhäusern an die im § 59 Abs. 2 be-  
zeichnete Centralbehörde zulässig. Gewinnt die zur Ertheilung der Approbation zu-  
stehende Centralbehörde (§ 63 Abs. 2) nach Ablauf des praktischen Jahres nicht die  
Ueberszeugung, dass der Candidat durch seine Beschäftigung während des praktischen  
Jahres nach Abs. 1 zu stellenden Anforderungen entsprochen hat, so ist die Be-  
urtheilung von dem Candidaten vor Ertheilung der Approbation während eines von  
ihm bestimmten Zeitraumes fortzusetzen. § 61. Für die aus der Kaiser-Wilhelms-  
schule für das militärärztliche Bildungswesen hervorgehenden Unterärzte, welche  
die ärztliche Prüfung in das Charitékrankenhaus zu Berlin comman-  
dirt sind, wird diese Zeit auf das praktische Jahr angerechnet. Die Zeit, während  
der ein Candidat nach vollständig bestandener ärztlicher Prüfung an einem medi-  
cinen nicht klinischen Universitätsinstitut innerhalb des Deutschen Reichs mit Er-  
stern assistirt hat, ist nach dem Ermessen der Centralbehörde (§ 63 Abs. 2)  
theilweise auf das praktische Jahr anzurechnen. Universitätsinstituten  
gleichgestellt sind selbständige medicin-wissenschaftliche Institute gleich, sofern sie  
zur entsprechenden Anwendung des § 59 Abs. 2 ermächtigt worden sind. Die an-  
sonsten in § 59 und 61 bezeichneten Art ausserhalb des Deutschen Reichs aus-  
geübte Thätigkeit kann nur ausnahmsweise als ausreichend erachtet werden. (§ 65).  
Soweit die Zahl der nach vorstehenden Bestimmungen ermächtigten Anstalten  
im Reichsgebiete zur Aufnahme des Candidaten nicht ausreicht, kann die  
Vertheilung des praktischen Jahres bei einem geeigneten und vielseitig beschäftigten  
Arzte gestattet werden. Die Entscheidung erfolgt auf Antrag des Candi-  
daten durch den Reichskanzler in Uebereinstimmung mit der Centralbehörde (§ 1)  
des Bundesstaates, in dessen Gebiet der betreffende Arzt seinen Wohnsitz hat,  
sonst mit dem Ministerium für Elsass-Lothringen. Von der Entscheidung  
zur Ertheilung der Approbation zuständigen Centralbehörde (§ 63 Abs. 2)  
ist die Entscheidung zu machen. Die Bestimmungen der §§ 59 und 60 finden in diesem Falle  
keine Anwendung.“

## II. Besondere Bestimmungen über öffentliche Krank

Die Krankenanstalten sind entweder öffentliche oder private als gemeinnützige oder als gewerbliche, auf die Erziehschüssen gerichtete Einrichtungen betrieben werden. Nach der Unterscheidet die Gesetzgebung: Kranken-, Entbindungs- und Irren Krankenanstalten in diesem Sinne werden zugerechnet alle Anstalten von körperlich Kranken, allgemeine und specialistische, fern Heime, Heilstätten, Sanatorien, Unfallstationen, Rettungs- und soweit sie Vorkehrungen zur Unterbringung von Kranken besitzen. dungsanstalten sind alle geburtshülftlichen und Frauenkliniken, anstalten und Wöchnerinnenasyle zu rechnen, zu den Irrenanstalten Epileptische, Schwachsinnige und Idioten. Die Taubstummen- und gehören nicht unmittelbar zu den Krankenanstalten, vielmehr sind s bezw. Versorgungsanstalten für blinde oder taubstumme Personen Krankheitsprocess abgelaufen ist.

### 1) Öffentliche Krankenanstalten im Allgeme

a) Begriff „öffentliche Krankenanstalt.“ Alle seit der Gemeinde oder Gemeindeverbände (Kreis, Landschaft, Provin: kassen, Berufsgenossenschaften, Versicherungsanstalten, von sonsti erkannten Corporationen (Stiftungen, Orden, Congregationen, Vere: Kreuz, sonstigen gemeinnützigen Vereinen etc.) oder von Privater einrichtung gegründete und betriebene Kranken-, Entbindungs- u: in denen durch die Verpflegung und Behandlung der Kranken U: erzielt werden sollen, gehören zu den öffentlichen Krankenanstalten. lenden Kranken ersetzen in diesen Anstalten nur einen Theil der S Zahl derjenigen Kranken, welche die Selbstkosten der Verwaltung in den öffentlichen Krankenanstalten mit ihrem Entlohn wirklich der

bede, nicht auf Liegenschaften (vergl. § 24i). Die dort aufgeführten Armen-, Waisen- und öffentlichen Krankenhäuser, Gefängniss-, Besserungs-, Bewahr- und die-  
 ügen Wohlthätigkeitsanstalten, welche die Bewahrung vor Schutzlosigkeit oder sitt-  
 licher Gefahr bezwecken, sind wegen ihres gemeinnützigen Zweckes steuerfrei, ohne  
 es zwischen unmittelbarer oder mittelbarer Benutzung der Gebäude für die Zwecke  
 der Anstalt unterschieden würde. Die nicht öffentlichen Krankenhäuser unterliegen  
 der Steuerpflicht. Die Forderung eines Entgeldes für Aufnahme und Verpflegung  
 liess im Allgemeinen den Charakter der Oeffentlichkeit aus. Wenn aber ein  
 Krankenhaus in überwiegender Maasse für die unentgeltliche Aufnahme Unbemittelter  
 bestimmt ist, so wird ihm durch die Forderung einer Vergütung gegenüber bemittelten  
 Personen der Charakter der Oeffentlichkeit nicht benommen. Die im § 24h ferner auf-  
 geführten Gebäude milder Stiftungen (mit selbstständiger Rechtspersönlichkeit) ge-  
 hören, falls die Gemeinden nicht etwa gemäss der Schlussbestimmung im § 24h  
 eine weitere Ausdehnung beschliessen, nur insoweit Steuerbefreiung, als sie für die  
 Zwecke der Stiftung unmittelbar benutzt werden. Es scheiden somit diejenigen Ge-  
 bäude aus, deren Ertrag zwar zur Förderung der Zwecke der Stiftung bestimmt ist,  
 jedoch dem Stiftungszwecke nicht unmittelbar dienen, sondern beispielsweise zu  
 erblichen Zwecken verwandt oder vermietet werden u. s. w. Dagegen findet die  
 Befreiung, wenn nur im Uebrigen die Voraussetzung des Gesetzes zutrifft, auf die Ge-  
 bäude der Stiftung ohne Unterschied der Art ihrer Benutzung Anwendung; beispiels-  
 weise auch auf Oekonomiegebäude.<sup>4</sup> Der Befreiung von der Grundsteuer entspricht  
 gemäss die Befreiung von allen sonstigen Steuern, insbesondere von der Stempel-  
 steuer und Gewerbesteuer. Aehnliche Bestimmungen sind in Bayern durch Ar-  
 tikel 44 § 2 der Gemeindeordnung vom 29. April 1869, in Sachsen durch § 27 der  
 revidirten Landgemeindeordnung und § 33 der revidirten Städteordnung vom 24. April  
 1873 erlassen. Nach dem preussischen Gesetz, betreffend die Erbschaftssteuer,  
 vom 30. Mai 1873 (G.-S., S. 344), ist von der Erbschaftssteuer befreit, jeder Anfall,  
 welcher gelangt an öffentliche Armen-, Kranken-, Arbeits-, Straf- und Besserungs-  
 stalten, ferner Waisenhäuser, vom Staate genehmigte Hospitäler und andere Ver-  
 pflegungsanstalten oder andere milde Stiftungen, welche vom Staate ausdrücklich oder  
 durch Verleihung der Rechte juristischer Personen anerkannt sind. Die öffentlichen  
 Krankenanstalten sind ferner durch die Kaiserliche Verordnung vom 24. De-  
 cember 1887 § 1 Ziffer 1 in dem Verfahren vor dem Reichsgericht von Zah-  
 lung der Gebühren befreit. Nach § 4 des preussischen Gesetzes vom 10. Mai  
 1861, welcher auch § 98 des Gerichtskostengesetzes vom 18. Juni 1878 nicht geän-  
 dert ist, steht den öffentlichen, milden Stiftungen die Befreiung von den Ge-  
 richtskosten zu. Nach § 4 des Reichsgesetzes vom 25. Juni 1868 sind die Kran-  
 kenanstalten auch von der Einquartirung befreit.

## 2. Besondere Bestimmungen über öffentliche Kranken- und Entbindungsanstalten.

Die Vorschriften über Verwaltung, Betrieb und Verpflegung in den öffentlichen  
 Kranken- und Entbindungsanstalten, welche in Preussen, abgesehen von den staat-  
 lichen Universitätskliniken, meist provinzielle oder communale Anstalten sind, während  
 in den übrigen Bundesstaaten meist staatlich sind, sind in Reglements enthalten,  
 von der Centralinstanz genehmigt sein müssen. Die Aerzte und zum Theil auch  
 Pflegepersonen der öffentlichen Anstalten, zum Beispiel in Sachsen, sind Beamte  
 der Gemeinde, des Communalverbandes oder des Staates mit festem Einkommen und  
 Pensionsberechtigung. Die Bestimmungen des Reglements regeln, abgesehen von den

Provinz) unterhalten werden, während die von geistlichen Orden, Genossenschaften und Vereinen betriebenen Irrenanstalten, welche in Beziehung auf die Steuerbefreiung ebenfalls als öffentliches Wohlfahtseinrichtung gelten (siehe S. 982) — Einrichtung, Leitung und Beaufsichtigung sowie der Entlassung von Geisteskranken zu den Privatirrenanstalten werden und daher auch den für diese gültigen Bestimmungen liegen. Die Betriebsordnungen der öffentlichen Irrenanstalten beruhen meist auf denselben Grundsätzen. Als Beispiele werden preussisches Reglement, und die Hamburger Verordnung, betreffend den Betrieb von öffentlichen und privaten Anstalten für Geisteskrankheiten, nach Wortlaut angeführt.

a) Betriebsordnung für öffentliche Irrenanstalten.

a) Reglement für die Landesirrenanstalten der Provinz Preussisch-Pommern vom 3. März 1893 (im Auszuge):

„Verwaltung und Beaufsichtigung der Anstalten.

§ 4. Die Leitung einer Landesirrenanstalt führt in ärztlicher, administrativer und ökonomischer Beziehung der erste ärztliche Beamte, der als „Director“ bezeichnet wird. Er ist der Vorgesetzte aller übrigen Beamten sowie des Wirthschaftspersonals und wird durch den zweiten ärztlichen Beamten, den „Oberarzt“, vertreten, sofern seitens des Landesirrenanstalts eine anderweitige Bestimmung getroffen ist. Die Zweiganstalten werden in Beziehung durch den Anstaltsarzt unter der Oberleitung des betreffenden Landesirrenanstalts, in administrativer und ökonomischer Beziehung durch den Anstaltsinspector geleitet. Derselbe ist Vorsteher der Zweiganstalten und der Vorgesetzte aller übrigen Anstaltsbeamten sowie des Wirthschaftspersonals. Er hat für die sorgfältige Ausführung der ärztlichen Anordnungen zu tragen. Unmittelbarer Vorgesetzter des Oberwärter- und Wärterpersonals. § 5. Nach Maassgabe des Etats der Anstalten sind die zu erforderlichen Beamten durch den Provinzialausschuss — nach Anhörung des Landesirrenanstalts — zu ernennen.

isen durch Vermittelung des Landraths — wenn die Aufnahme auf Grund  
es vom 11. Juli 1866 verlangt wird; b) von dem gesetzlichen Vertreter  
en (Vater, Ehemann, Vormund, Pfleger), einem Verwandten oder der  
des Kranken durch Vermittelung der Ortpolizeibehörde; c) von der Orts-  
hörde unter der Bescheinigung, dass weder von dem fürsorglichen Orts-  
unde, noch von den etwa vorhandenen gesetzlichen Vertretern, einem der  
ekannten Verwandten, bezw. der Ehefrau ein Antrag auf dessen Aufnahme  
en ist, auch für den Kranken in seiner hilflosen Lage ausreichend nicht  
d. Wird von dem gesetzlichen Vertreter u. s. w. der Aufnahme wider-  
so ist die betreffende Erklärung vorzulegen mit der Bescheinigung, dass  
anken in seiner hilflosen Lage ausreichend nicht gesorgt wird und die  
ung desselben bereits erfolgt oder doch beantragt ist. Allen Anträgen ist  
: 1. ein über das Vorhandensein und die Natur der Geisteskrankheit in  
ng der Fragen des vom Landesdirector öffentlich bekannt gemachten  
is von einem approbirten Arzte an Eidesstatt abgegebenes Zeugniß;  
der Ortpolizeibehörde nach dem vom Landesdirector öffentlich bekannt  
Formular ertheilte Bescheinigung über die persönlichen und Vermögens-  
e des Kranken. Dem Antrage des Ortsarmenverbandes ist ferner beizu-  
schriftliche oder von einer staatlichen Behörde abgegebene Erklärung des  
n Vertreters, der nächsten Verwandten oder der Ehefrau des Kranken, dass  
nahme genehmigen oder, falls solche nicht vorhanden sind oder der Auf-  
ersprechen, eine Bescheinigung der Ortpolizeibehörde gemäss § 14 c. Der  
Vertreter bezw. die Ehefrau oder der Verwandte haben ihrem Antrage  
ubigte schriftliche Verpflichtung über die Zahlung der Verpflegungs-  
fügen. § 15. Ob ein Kranker aufzunehmen ist, darüber entscheidet  
director nach Anhörung des Directors einer der Landesirrenanstalten, und  
er Beschwerde, vorbehaltlich der gesetzlich zulässigen Rechtsmittel, der  
ausschuss. . . . Die Anstalt, in welche der Kranke aufzunehmen ist, be-  
günstigt der Landesdirector. Ausländer, deren Aufnahme nicht von einem  
erbande der Provinz beantragt wird, dürfen erst zugelassen werden, wenn  
g der Verpflegungsgelder ausreichend sicher gestellt ist. § 16. In drin-  
fällen kann der Landesdirector auf Grund eines ärztlichen Zeugnisses  
No. 1 die vorläufige Aufnahme eines Kranken zulassen, wenn für den  
in der von ihm gestellten Frist die Aufnahmeerfordernisse nach § 14 nicht  
ht werden sollten, die Kosten der Pflege und der Zurückstehung des  
sreichend sicher gestellt sind. Die gleiche Befugniß steht dem Director  
irrenanstalten zu, jedoch ist derselbe verpflichtet, sofort die Genehmigung  
directors einzuholen. § 17. Von jeder Aufnahme eines Kranken in eine  
nanstalt hat der Landesdirector dem zuständigen Vormundschafts-  
nd, falls die Entmündigung des Kranken noch nicht eingetreten ist, der  
ehmung des öffentlichen Interesses bei Entmündigungen berufenen Behörde  
waltschaft) Anzeige zu machen. § 18. Binnen drei Wochen nach  
andesdirector erklärten Zulassung der Aufnahme ist der Kranke der Anstalt  
unter Mitgabe eines von der Ortpolizeibehörde auszufertigenden Geleit-  
us welchem die Namen und der Wohnort des Kranken und seiner Begleiter

einer Geisteskrankheit heraus, welche das Verbleiben in der Anstalt macht, so hat der Landesdirector das hierzu Erforderliche (§ 14) die Ortspolizeibehörde zu veranlassen.

#### Behandlung der Kranken.

§ 23. Solange die Entmündigung eines Kranken noch nicht ist, hat der Anstaltsvorsteher die von ihm etwa erforderlich erachtete Person oder das Vermögen derselben bei dem zuständigen Vormunde zu beantragen. Auch hat derselbe über den Zustand des Kranken (des Antrages auf Entmündigung Berechtigten (§ 595 der C.P.O.) jederzeit Mittheilung zu machen. § 24. Bei den Landesirrenanstalten Bezug auf die gewöhnliche Unterbringung und Beköstigung der Kranken giebt der Etat verschiedene Verpflegungsklassen, in welche nach Berücksichtigung ihrer früheren Lebensgewohnheiten und ihres Krankheitszustandes sowie ihrer Vermögensverhältnisse nach der Anordnung des Landesdirectors aufgenommen werden. Hilfsbedürftige Kranke sind in die letzte, an der Verpflegungsklasse aufzunehmen, für welche die Pflegegelder gezahlt werden. Landesdirector kann jedoch auf den Antrag des Directors der Landesirrenanstalt die Versetzung eines Kranken in eine höhere Verpflegungsklasse oder aus einer Anstalt in die andere gestatten, wenn dies aus ärztlichen Gründen erscheint. § 25. Auf Grund einer besonderen Vereinbarung mit dem Landesdirector, welche vom Landesdirector genehmigt und jederzeit zu ändern ist, können einem Kranken besondere Leistungen hinsichtlich der Pflege oder Wartung gewährt werden. Auch ist der Anstaltsvorsteher zu ausserordentlichen Bedürfnissen oder aussergewöhnlichen Genüssen Geldbeträge anzunehmen, über deren Verwendung als der Vertreter des Kranken Mittheilung zu machen ist. § 26. Kranke, welche sich an Arbeiten für die Anstalt betheiligen, kann der Landesdirector nach Maassgabe des Etats ein Betrage zugestellen, um denselben zum Besten dieser Kranken zu verwenden.

innerhalb 24 Stunden Erfolg haben, so sind die Angehörigen des Kranken und Polizeibehörde, aus deren Bezirk der Kranke der Anstalt zugeführt worden ist, dem Geschehenen in Kenntniss zu setzen. Zwangsmaassregeln behufs Zurückführung des Entwichenen sind nur im Einverständniss mit derjenigen Ortspolizei, in deren Bezirk der Kranke angetroffen worden ist, zur Anwendung zu bringen. Sie sind bei nicht gefährlichen Geisteskranken ausgeschlossen, wenn der Kranke bei seinem gesetzlichen Vertreter, oder in Ermangelung eines solchen, bei seiner nächsten Verwandten Aufnahme gefunden hat und diese der Zurückführung widersprechen. § 30. Stirbt ein Kranker in der Anstalt, so hat der Anstaltsvorsteher dies — abgesehen von der vorgeschriebenen Anzeige an den Landesdirector — unverzüglich a) dem zuständigen Gerichte, sowie dem gesetzlichen Vertreter des Kranken, oder falls dessen Entmündigung noch nicht eingetreten war, der Wahrnehmung des öffentlichen Interesses bei Entmündigungen berufenen Behörden b) der Ortspolizeibehörde, aus deren Bezirk der Verstorbene der Anstalt zugeführt war, anzuzeigen.

#### Entlassung der Kranken.

§ 31. Die Entlassung eines Kranken muss unverzüglich erfolgen: a) wenn nach dem Urtheil des Directors der Landesirrenanstalt der Anstaltspflege mehr bedarf, b) wenn der Antrag auf Entmündigung desselben endgültig abgelehnt oder die eingetretene Entmündigung rechtskräftig wieder aufgehoben worden ist, c) wenn der gesetzliche Vertreter desselben es verlangt und die Ortspolizeibehörde, aus deren Bezirk der Kranke der Anstalt zugeführt worden ist, nachdem sie von dem Anstaltsvorsteher über den Zustand des Kranken Kenntniss genommen, die Entlassung erklärt hat. § 32. Die Entlassung darf auf den Antrag des gesetzlichen Vertreters oder der Ehefrau des Kranken vom Landesdirector zugelassen werden, wenn sie nach dem Urtheil des Vorstehers der Anstalt ohne Gefahr für den Kranken und für die öffentliche Sicherheit erfolgen kann. § 34. Die Abholung des Kranken muss in der zu dessen Schutz vom Anstaltsvorsteher für erforderlich gehaltenen Weise erfolgen. Auf Verlangen ist eine Entlassungsbescheinigung zu erteilen. § 35. Der Director der Landesirrenanstalt ist befugt, einen Kranken vorübergehend zu entlassen, dessen Genesung zwar wahrscheinlich, jedoch noch ungewiss ist, aber voraussichtlich auch ausserhalb der Anstalt sich vollenden wird und innerhalb Jahresfrist oder der etwa vom Landesdirector verlängerten Frist aufzunehmen. Mit Ablauf der Frist gilt die Entlassung als endgültig. Von der Entlassung wie von der Wiederaufnahme ist dem Landesdirector unverzüglich Anzeige zu machen. Während der Kranke sich ausserhalb der Anstalt befindet, sind Gebühren für denselben nicht zu zahlen. § 36. Von der endgültigen Entlassung eines Kranken hat in jedem Falle der Anstaltsvorsteher a) dem Vormundschaftsgericht, und wenn die Entmündigung des Kranken noch nicht eingetreten war, den zur Wahrnehmung des öffentlichen Interesses bei Entmündigungen berufenen Behörden, b) der Ortspolizeibehörde, aus deren Bezirk der Entlassene der Anstalt zugeführt worden, Anzeige zu machen.<sup>44</sup>

Die Verordnung des Senats in Hamburg vom 1. Juli 1900, betreffend den Betrieb von öffentlichen und privaten Anstalten für Geisteskranke, Idioten und Epileptische: (im Auszuge).

§ 1. Aufnahme. § 1. Geisteskranke, Idioten und Epileptische, deren Behandlung in einer geschlossenen Anstalt nothwendig ist, dürfen nur in die hierfür bestimmten öffentlichen oder behördlich anerkannten oder beaufsichtigten privaten Anstalten aufgenommen werden. § 2. 1. Zur Aufnahme in eine Hamburgische Anstalt



... ..  
forderlich: a) eine ärztliche Bescheinigung der Zweckmässigkeit d  
medizinischen Standpunkte; b) die schriftliche Einwilligung des K  
wenn er einen gesetzlichen Vertreter hat, von diesem zu genehmige  
setzung eines Kranken aus einem Krankenhaus oder einer ander  
Hamburgische Anstalt für Geisteskranke, Idioten und Epileptische i  
der Ueberführung ein ärztlicher Bericht über die Hauptscheinung  
und die Gründe der Verlegung beizubringen. Erfolgt die Versetzun  
burgischen Anstalt für Geisteskranke, Idioten und Epileptische ir  
artige Anstalt, so ist ausserdem eine Abschrift der bei den Akten  
befindlichen privatärztlichen und amtsärztlichen Zeugnisse baldi  
6. Bei Versetzung eines Kranken in eine Hamburgische Privat-Ir  
ausserdem die Vorschrift der Aerzte-Ordnung in § 3 No. 6 zur Anwe  
jeder Aufnahme, auch wenn es sich um eine Verlegung aus eine  
handelt, hat der Leiter der Anstalt innerhalb 24 Stunden der zus  
behörde Anzeige zu machen. Die Polizeibehörde hat demnächst die  
Kranken durch einen Physikus herbeizuführen, welcher darüber zu  
der Kranke sich zur Behandlung in der betreffenden Anstalt eignet  
sikus bei der ersten Untersuchung zu einem abschliessenden Urtheil  
hat er die Untersuchung zu wiederholen, bis er ein endgültiges G  
kann. Die von den Gerichten oder der Staatsanwaltschaft zur E  
Geisteszustandes der Irrenanstalt überwiesenen Personen unterlieg  
nahme der Untersuchung und Begutachtung durch den Physikus ni  
ein Physikus in nicht amtlicher Eigenschaft die Ueberführung eine  
der genannten Anstalten veranlasst, muss das erforderliche Physika  
anderen Physikus ausgestellt werden. Dasselbe hat zu geschehen, we  
Privatirrenanstalt selbst Physikus ist. § 5. Soll ein Geisteskrank  
burgischen Staatsgebiet in eine auswärtige Irrenanstalt gebracht  
men die Vorschriften der Aerzte-Ordnung § 3 unter 6 und der M  
§ 6 Absatz 4 zur Anwendung. Macht die Erkrankung eines Hamb  
angehörigen die Ueberführung in eine auswärtige Irrenanstalt noth

alle entsprochen werden, falls nicht durch Physikats-Gutachten festgestellt der Betreffende sich oder Anderen gefährlich ist. 3. Beurlaubungen eines s einer Privatanstalt dürfen die Dauer von vier Wochen nicht überschreiten. ührung nach Ablauf dieser Zeit gilt als Neuaufnahme.

etrieb. § 7. In jeder Anstalt muss ein Gesamtkrankenverzeichniss ) und eine Zu- und Abgangsliste, ferner über jeden Kranken eine Per- nd eine ärztliche Krankengeschichte fortlaufend geführt werden. Für die lten sind die für Hauptbuch und Listen vom Medicinal-Collegium festge- nemata massgebend. § 8. Privatanstalten für Geisteskranke, Idioten und e sollen, soweit es sich nicht um wirthschaftliche oder Verwaltungsange- oder um den Unterricht der Kranken handelt, von einem in der Psychia- ildeten Arzte geleitet werden, dessen Wahl vom Medicinal-Collegium zu ist. Die dem Arzte ertheilte Genehmigung kann zurückgenommen werden, Handlungen oder Unterlassungen desselben sich dessen Unzuverlässigkeit uf die ihm übertragene Thätigkeit ergibt. In jeder Privatanstalt für ke, Idioten und Epileptische muss, vorbehaltlich vom Medicinal-Collegium ler Ausnahmefälle, mindestens ein psychiatrisch ausgebildeter Arzt ei einer grösseren Anzahl von Kranken kann das Medicinal-Collegium die weiterer Aerzte verlangen. § 9. Folgende Anordnungen sind in allen talten für Geisteskranke, Idioten und Epileptische ausschliesslich den behalten: 1. Die Anordnung der Isolirung eines Kranken — abgesehen llen, in denen jedoch nachträglich ärztliche Genehmigung erforderlich ist : Anordnung etwaiger mechanischer Beschränkung eines Kranken durch den oder ähnliche Vorrichtungen. Jeder Fall von solcher Beschränkung ung ist unter Angabe des Grundes zur Anordnung vom Arzt in ein hierzu

Buch, welches nach einem vom Medicinal-Collegium aufgestellten zurichten ist, einzutragen. 2. Die Anordnung der den einzelnen Kranken nden besonderen Kost und Verpflegung. 3. Die Bestimmung über die ge- ätigkeit des Wartepersonals, soweit es sich um die Krankenpflege handelt. atwortung aller mündlichen und schriftlichen Anfragen von Behörden, An- und gesetzlichen Vertretern, soweit sie sich auf den Krankheitszustand n beziehen. Ausserdem sind Verlegungen von Kranken auf eine andere , die Beschäftigung der Kranken und die allgemeine Regelung ihrer Be- sowie die Vertheilung des Wartepersonals nur mit Zustimmung des leiten- vorzunehmen. Für die öffentlichen Anstalten werden die ent- n Anordnungen von den zuständigen Verwaltungsbehörden im Einver- t dem Medicinal-Collegium festgestellt.

eberwachung. § 10. Die Aufsicht über die öffentlichen und privaten ür Geisteskranke, Idioten und Epileptische führt die Commission des Me- legiums für das Irrenwesen. Dieselbe besteht aus folgenden fünf Mit- l. einem als Gerichtsarzt fungirenden Physikus, welcher den Vorsitz führt; ector einer öffentlichen Irrenanstalt, falls ein solcher Mitglied des Me- legiums ist, sonst einem zweiten als Gerichtsarzt fungirenden Physikus; er praktischen Aerzte: 4. zwei bürgerlichen Mitgliedern. Die Commission Medicinal-Collegium alljährlich neu gewählt. Es ist darauf zu achten, dass icken Mitglieder jahweise wechseln. Die Commission ist befugt, weitere che Sachverständige zuzuziehen. § 11. Ist in einer Beschwerdesache oder nstaltsbesichtigung ein Mitglied der Commission gemäss § 6 der Medicinal- bsatz auszuschliessen, so bestimmt der Präses des Medicinal-Collegiums hyl der übrigen Mitglieder des Medicinal-Collegiums einen Ersatzmann,

ursachte Beschwerden führt, so kann die Commission den Anstaltsleiter der Absendung weiterer Beschwerden abzusehen.

E. Schlussbestimmungen. § 15. Die Vorschriften die finden auf offene Anstalten, in denen die Kranken keiner Einschränkung der persönlichen Freiheit unterliegen, keine Anwendung. § 16. Zuwiderhandlungen gegen diese Verordnung werden gemäss § 25 der Medicinal-Ordnung, sofern bestehende gesetzlichen Bestimmungen eine höhere Strafe verwirklichen, mit Geldstrafe bis zu 150 Mark oder mit Haft, und wenn die Zuwiderhandlung eine Verwundung oder Verletzung der Gesundheit herbeiführte, mit Geldstrafe bis zu 1000 Mark oder mit Gefängniss bis geahndet.

b) Aerztliches Aufnahmeattest.

Ueber das ärztliche Attest, welches zur Aufnahme in eine Anstalt erforderlich ist, gehen die Bestimmungen auseinander. Während in einigen Provinzen und einigen anderen Bundesstaaten ein amtsärztliches Attest verlangt wird (Schlesien, Sachsen, Hannover, Oldenburg, Thüringische Staaten, u. s. w.) genügt bei den Irrenanstalten in anderen Provinzen und einem approbirten Arzte an Eidesstatt abgegebenes Zeugniss (Ostpreussen, Berlin, Schleswig, Westfalen, Hessen-Nassau, Rheinprovinz, Sachsen, Württemberg etc.). In Württemberg kann der Anstaltsleiter die Glaubwürdigkeit des ärztlichen Zeugnisses durch den beamteten Arzt fordern, dass jeder aufgenommene Geisteskranke sobald als möglich von einem Arzte untersucht werden muss.

Als Beispiel folgt das Formular für das ärztliche Zeugniss, Reglement vom 28. Februar 1893 (siehe S. 984) in der Provinz Brandenburg. Es lautet: „Des Kranken Vor- und Zuname . . . Stand oder Gewerbe und Tag der Geburt . . . Letzter Wohnsitz bzw. Aufenthaltsort (Krankenhaus, Irrenhaus, Gefängniss) . . . Glaubensbekenntniss . . . (ledig, verheirathet, verwitwet, geschieden und seit wann?) . . .

Fragen: 1. Wer und wo sind die Eltern des Kranken und in welchem Orte leben sie? . . . Sind sie miteinander verwandt? . . . In welchem Orte?

ngskrankheiten, Geistesanlagen, Gemüthsart, Erziehung, Unterricht) . . . Bei  
 chen Kranken ausserdem: Ist die Kranke gehörig und seit wann menstruirt  
 stehen Anomalien der Menstruation und welche? . . . Wann ist die Menstrua-  
 m letzten Mal eingetreten? . . . 6. Wie war das Verhalten des Kranken  
 der späteren Lebensjahre? . . . Uebten darauf Ehestand, Unglücksfälle,  
 Spiel, geschlechtliche Ausschweifungen, Onanie, geistige Ueberanstrengung  
 istige Verhältnisse einen nachtheiligen Einfluss auf den Kranken aus? . . . Ist  
 nke mit dem Strafgesetz in Conflict gekommen? . . . Wann? . . . Be-  
 . . . Bei weiblichen Kranken ausserdem? Hat die Kranke geboren? . . .  
 und wann? . . . Wie verliefen Schwangerschaften, Entbindungen und  
 beth? . . . 7. An welchen Krankheiten hat der Kranke nach der Pubertäts-  
 itten? . . . Fand eine syphilitische Ansteckung statt? Welcher Art, mit  
 Verlauf, wie behandelt? . . . Bestehen noch jetzt Complicationen mit con-  
 ellen Krankheiten? . . . Welche? . . . Sind körperliche Missbildungen vor-  
 . . . Welche? . . . Erlitt der Kranke im Laufe seines Lebens Kopfver-  
 n? . . . 8. War Patient schon früh geisteskrank? . . . Wann und wie  
 . War er schon in einer Anstalt, in welcher, wie lange, mit welchem  
 . . . 9. Wann bemerkte man die ersten Spuren der gegenwärtigen Geistes-  
 t? . . . Welcher Art waren diese? (Veränderung in der Stimmung, den  
 en und Gewohnheiten, dem Benehmen, Charakter, der Sprache, der Hand-  
 dem Gange, beim Schlafen und Wachen etc.) . . . Was wird als Ursache  
 kheit betrachtet? . . . 10. Wie war der weitere Verlauf der Krankheit?  
 Schilderung des Entwicklungsganges derselben bezüglich aller abnormen  
 hen und somatischen Erscheinungen) . . . 11. Wie äussert sich zur Zeit die  
 it? Verhalten des Gesamtorganismus in allen seinen Beziehungen, Kreis-  
 ifte, Schlaf u. s. w.; Ergebniss der physikalischen Untersuchung der Brust-  
 erleibsorgane, Schwangerschaft? . . . Hernien? . . . Lähmungserschei-  
 (Sprache, Gang, Handschrift, Pupillen), Wahnideen, Sinnestäuschungen,  
 berdruss, Neigung zur Selbstbeschädigung, zum Selbstmord, zur Ge-  
 itigkeit gegen Personen und Sachen, zur Unreinlichkeit, Nahrungsver-  
 ng u. s. w.)? . . . 12. Form der Geisteskrankheit? a) einfache Geisteskrank-  
 ancholie, Manie, Verrücktheit) . . . b) paralytische Geisteskrankheit . . .  
 skrankheit mit Epilepsie . . . d) erworbener Schwachsinn, Imbezillität . . .  
 orener Schwachsinn, Idiotismus . . . f) Delirium tremens, Alkoholismus . . .  
 st die Krankheit als heilbar bzw. als wesentlicher Besserung fähig anzu-  
 . . . b) Ist der Kranke sich oder anderen gefährlich? . . . Welche Aeusse-  
 und Handlungen desselben begründen diese Annahme? . . . Welche Angaben  
 auf eigener Wahrnehmung des Arztes? . . . Welche auf Mittheilungen  
 Personen und welcher? . . . Bei Verneinung der Fragen unter a und b.  
 alß kann an dem Aufenthaltsorte des Kranken nicht ausreichend für den-  
 esorgt werden? . . . 14. Wurde der Kranke ärztlich behandelt? . . . Wann,  
 mit welchem Erfolge? . . . Wie wurde der Kranke von seiner Umgebung  
 lt? . . . 15. Herrschen zur Zeit an dem Aufenthaltsorte des Kranken con-  
 Infectionskrankheiten (Blattern, Cholera, Ruhr u. s. w.)? . . . Die Richtigkeit  
 tehenden Angaben nach meinen eigenen Wahrnehmungen und den mir ge-  
 glaubwürdigen Mittheilungen versichere ich an Eidesstatt.

.. den . . . ten . . . 19 . . .

Anzeigepflicht der Leiter von öffentlichen Irrenanstalten. Die  
 pflicht der Leiter öffentlicher Irrenanstalten erstreckt sich  
 ir auf das Vorkommen von ansteckenden Krankheiten (siehe S. 977), sondern

Staatsanwaltschaft übergegangen ist, auch bezüglich der Provinzialen in den verschiedenen Reglements vorgesehenen Anzeigen über Personen in eine solche Anstalt fortan dem zuständigen Staatsanwalt unbeschadet einer eventuellen gleichzeitig behufs Einleitung einer dem Vormundschaftsrichter zu machenden Mittheilung von der er Ew. Excellenz ersuchen wir ganz ergebenst, die Verwaltungsorgane Provinz behufs entsprechender Instruction der Direction der Provinzialen fälligt hierauf aufmerksam zu machen.“

Besonders eingehend spricht sich über die Anzeigepflicht der Irrenanstalten der preussische Ministerial-Erlass vom 2. August 1880, welcher zugleich die Verpflichtung der Provinzen zur Unterbringung kranken, wegen ihrer Krankheit ausser Verfolgung gesetzlich in eine geeignete Anstalt ausdrücklich feststellt. Der Umstände, unter welchen der wegen schwerer Einbruchsdiebstähle Untersuchung gezogene, aber nach Feststellung seiner Unzurechnungsfähigkeit der Untersuchungshaft entlassene und später auch ausser Verfolgung gesetzlich kranke B. in die Irrenanstalt zu E. untergebracht worden ist, muss angezeigt erscheinen lassen, der Königlichen Staatsanwalt zu W., dass die Unterbringung erfolgte, von dem Entweichen des G. aus der Anstalt sofort Mittheilung zu machen. Wenn der Anstaltsdirector benachrichtigt an den Landesdirector vom 12. November v. J. sich darauf beruft, dass die Bestimmung bestehe, welche ihn zu einer solchen Anzeige verpflichtet, auch von der Entlassung eines Irren an der Anstalt der Staatsanwalt „aus gutem Willen“ seitens der Anstaltsdirection Mittheilung gemacht, dass diese Auffassung in dem Mangel entsprechender Vorschriften des Gesetzes und sonstiger allgemeiner Bestimmungen ihre Entschuldigung findet, indessen dieser Umstand Veranlassung geben, baldthunlichst für dieses Mangels Sorge zu tragen. Das, was in dem Circularerlasse vom 1. März 1880 wegen der Staatsanwaltschaft zu machenden Anzeige von dem Irren in eine öffentliche Irrenanstalt angeordnet ist, muss entsprechen.

werden müssen. Im Uebrigen giebt uns der vorliegende Bericht zu folgender An-  
lass: Werden Personen, die wegen Verbrechen oder Vergehen  
tlichen Untersuchung gezogen sind, nach Feststellung ihrer Unzurechnungs-  
in Folge Geisteskrankheit ausser Verfolgung gesetzt und, aus der Unter-  
aft entlassen, der Polizeibehörde überwiesen, so hat diese zunächst zu  
die Unterbringung der Kranken, sei es in ihrem eigenen Interesse, sei es  
der Gemeingefährlichkeit im Interesse der Gesamtheit, in einer Irrenanstalt  
ist. Liegt, wie dies in vielen der in Rede stehenden Fälle zutrifft, Ge-  
hrlichkeit vor, so sind die Provinzen — in der dortigen Provinz die commu-  
chen Verbände der Regierungsbezirke — gesetzlich verpflichtet, die Auf-  
cher Irren in einer Anstalt zu bewirken, welche die zur Verwahrung gemein-  
er Geisteskranken nöthigen Einrichtungen bietet und mit dem zur Bewachung  
anken nöthigen Wärterpersonal versehen ist. Dabei bleibt die Art der Unter-  
im einzelnen Falle der sachverständigen Beurtheilung der leitenden An-  
überlassen. Jedoch wird nicht ausser Acht zu lassen sein, dass, wenn  
essene Untersuchungsgefangene in Beziehung auf ihre Unterbringung im  
en anderen Irren gleichzuachten sind, dennoch in vielen Fällen wegen der  
Art der Gemeingefährlichkeit namentlich bei dem Vorhandensein ver-  
her Neigungen eine besondere Ueberwachung derselben auch innerhalb der  
Anstalten unvermeidlich ist. Sind die hierzu erforderlichen Einrichtungen — in  
Anstalten der dortigen Provinz — nicht in genügendem Maasse vorhan-  
den, beschaffen oder die Benutzung anderer geeigneter öffentlicher Anstalten in  
Bedürfnisse entsprechenden Maasse sicher zu stellen. Einer besonderen ge-  
regelung bedarf dieser Gegenstand bei dem Bestehen ausreichender ge-  
Bestimmungen nicht mehr.“

Bezieht es sich um Ausländer, so sind Aufnahme und Entlassung  
ändigen oberen Verwaltungsbehörde anzuzeigen, welche die  
an den Minister der auswärtigen Angelegenheiten weiter  
ur wenn es sich um Angehörige der Vereinigten Staaten Nordamerikas  
st diese Anzeige nicht mehr erforderlich. Hierher gehören der preussische  
s vom 5. August 1881: „Auf die in dem Berichte der Königl. Regierung vom  
18. gestellte Anfrage, ob durch die in dem diesseitigen Erlasse vom 6. 12. 1879  
h der Anzeigen bei Aufnahme von nicht preussischen Geisteskranken in  
en Irrenanstalten getroffene Anordnung die Bestimmung des Rescripts vom  
(Min.-Bl. für die innere Verw., S. 34), nach welcher bezüglich dergleichen  
seitens der Polizeibehörde des Ortes, in welchem die betreffende Irrenanstalt  
ihrer Aufnahme in dieselbe dem Königlichen Ministerium der auswärtigen  
heiten Anzeige zu machen ist, aufgehoben sei, eröffnen wir der Königl.  
dass diese Annahme weder in der Fassung des Erlasses vom 6. Decemb.  
Anhalt findet, noch die Absicht bestanden hat, das Rescript vom 21. Jä-  
zu beseitigen. Wir machen zugleich darauf aufmerksam, dass die bezüg-  
zeigen sowohl in dem Falle, dass der Geisteskranke einem anderen deut-  
deutsstaate als Preussen angehört und auch dort seinen Wohnsitz hat, als  
lle, dass der Geisteskranke ein Ausländer im Sinne des § 8 des deutschen  
buches ist, an den Herrn Minister der auswärtigen Angelegenheiten zu er-  
nd“, ferner der Min.-Erl. vom 30. 11. 1894: „Seitens der Königl.  
ischen Regierung ist der Wunsch ausgesprochen worden, dass fortan bei  
brichtigungen von der Aufnahme geisteskranker Niederländer in deutsche  
Anstalten stets auch der Ort, an welchen der Aufgenommene seinen Wohnsitz in

den Niederlanden hat oder innerhalb der letzten 6 Monate gewohnt hat, sowie der Name derjenigen Person mitgetheilt werde, welche die Aufnahme beantragt hat. in Erweiterung der Verfügung vom 21. Januar 1841, betreffend die Anzeige von der Aufnahme nichtpreussischer Geisteskranker in die Irrenanstalten an die zuständige Landes-Polizeibehörde, welche für Privatirrenanstalten unter 2b der Rundverfügung vom 19. 1. 1888 Berücksichtigung gefunden hat, ersuchen wir daher Ew. Excellenz ergebenst, die Vorstände der öffentlichen, wie der Privat-Irrenanstalten gefälligst anzuweisen, in Zukunft die Anzeigen über die Aufnahme geisteskranker Niederländer in der oben angegebenen Richtung zu vervollständigen“, ferner der Min.-Erl. vom 11. Juli 1895: „Nach einer Mittheilung des Herrn Ministers der auswärtigen Angelegenheiten gehen ungeachtet unseres Erlasses vom 30. November v. Js. betr. die ärztlichen Anzeigen von der Aufnahme geisteskranker Niederländer in preussische Irrenanstalten noch immer unvollständige derartige Anzeigen ein, ohne dass sie vor der Einreichung von dem zuständigen Regierungspräsidenten ergänzt worden sind. Indem wir noch ausdrücklich darauf hinweisen, dass die Niederländische Regierung zur Beseitigung etwaiger Zweifel stets ausdrücklich hervorgehoben zu sehen wünscht, in welcher niederländischen Gemeinde der Kranke innerhalb der letzten 5 Monate gewohnt oder sich aufgehalten, oder dass er in dieser Zeit überhaupt nicht in den Niederlanden verweilt hat, bringen wir hierdurch unsern oben gedachten Erlass vom 30. November v. Js. in Erinnerung.“

### III. Bestimmungen über Privatkrankenanstalten.

#### 1. Privatkrankenanstalten im Allgemeinen.

a) Begriff der Privatkrankenanstalt. Eine Anstalt ist dann als Privatkrankenanstalt in dem Sinne des § 30 der R. G. O. anzusehen, wenn sie im Gegensatz zu den öffentlichen Krankenanstalten (siehe S. 982) hauptsächlich die Erzielung von Ueberschüssen aus ihrem Betriebe bezweckt und wenn sie thatsächlich als „Krankenanstalt“ angesehen werden muss, in der Räume für den dauernden Aufenthalt von Kranken bereit gehalten werden.

Hierüber spricht sich das Urtheil des preussischen Kammergerichts vom 12. September 1895 wie folgt aus: „Die Begriffsbestimmung ergibt sich aus der in § 30 der Gewerbeordnung erfolgten Nebeneinanderstellung der Begriffe Privatkrankenanstalt, Privatentbindungsanstalt und Privatirrenanstalt. Diese Nebeneinanderstellung weist darauf hin, dass etwas diesen drei Arten Gemeinsames bestimmend gewesen ist, die Concession der höheren Verwaltungsbehörde zur Errichtung einer solchen Anstalt zu fordern. Dieses gemeinsam Wesentliche ist, dass Kranke, Schwangere und Irre auf eine gewisse Dauer Unterkommen und Verpflegung finden und deshalb ist auch die Gewährung von Unterkommen und Verpflegung auf eine gewisse Dauer das Wesentliche für die Begriffsbestimmung einer Krankenanstalt im Sinne des § 30 der R. G. O. Ohne dieses für die gegebene Begriffsbestimmung Wesentliche würde es an der nöthigen Abgrenzung gegen andere zur Behandlung und Heilung von Kranken bestimmten Einrichtungen fehlen.“

Das preuss. O. V. G. ist in seinem Urtheil vom 1. April 1897 zu der Ansicht gelangt, dass in den bereit gestellten Räumen auch Betten vorhanden sein müssen, wenn die Anstalt als „Krankenanstalt“ gekennzeichnet sein soll. Es führt aus: „Es muss der Ansicht dahin beigetreten werden, dass eine concessionspflichtige Privatkrankenanstalt nur dann anzunehmen ist, wenn Betten für die zu behandelnden Kranken vorhanden sind. Hierfür spricht zunächst der gewöhnliche Sprachgebrauch, demzufolge unter Krankenanstalten Anstalten mit Betten verstanden werden ...“

nes bestimmte, sicher und leicht erkennbare Begriffsmerkmal mangelt es an ersten Abgrenzung des concessionspflichtigen Unternehmens von anderen, die keine Concession nöthig haben sollen oder können, wie blossen Sprechzimmer Aerzte, den Ateliers der Zahnärzte, den gewöhnlichen Polikliniken u. s. w.asst zu ihnen, dass in den dem § 30 durch die Novelle vom 6. August 1896 fügten Bestimmungen unter c. u. d. davon, dass die Gebäude auch von anderen n bewohnt ist, von Mitbewohnern des Gebäudes und von der Aufnahme sonen mit ansteckenden Krankheiten die Rede ist. Vor allem fällt aber ins t, dass in dem mittelst Circulars u. s. w. vom 19. August 1895 mitgetheilten fe über Anlage, Bau, Errichtung von öffentlichen und Privatkranken- u. s. w. en . . . nur an Anstalten mit Betten gedacht . . . also in den bei der Auf- des Entwurfes beteiligten Kreisen allgemein als selbstverständlich ange- ordnet ist, dass es Privatkrankenanstalten ohne Betten nicht giebt.“

agegen hat das Reichsgericht wie folgt entschieden (Urtheil vom 7. Juli 1899): er Privatkrankenanstalt handelt es sich um Veranstaltungen von gewisser durch die besondere Räumlichkeiten für die Heilung einer Mehrheit wechsell- anken bestimmt und eingerichtet sind. Wesentlich ist die Aufnahme des n in die Anstalt . . . Danach kann im Gegensatze zu blossen Heilanstalten ankenanstalt nur da angenommen werden, wo die Kranken in den hierzu be- enden Räumen ihren auf eine gewisse Dauer berechneten Aufenthalt nehmen

Es genügt, wenn die Räume der Anstalt den örtlichen Mittelpunkt bilden, die Kranken stetig zurückkehren, und wo ihre Lebensweise in Verbindung anzuwendenden Heilmethode geregelt und überwacht wird.“ Ferner Urtheil Sept. 1899: „Ob Betten in der Anstalt sind, ob Nachtquartier gewährt wird, kommt es nicht an. Eine Aufnahme von Kranken liegt schon dann vor, wenn gere Zeit Aufnahme und Pflege gegeben wird.“ Hiernach sind Privat-Heil- n, welche nicht Betten führen oder Nachtquartier gewähren, zum Beispiel iniken, Heilgymnastische, Massage- und Badeanstalten etc. im en Falle ebenso als Privatkrankenanstalten zu betrachten und concessions- t, wie die Privatheilanstalten mit Betten. Indessen kommt es nach dem Urth. chsgerichts vom 7. Juli 1899 ständig in dem einzelnen Falle auf den objekti- tbestand an, auf Grund dessen nach der Gesamtsumme aller Verhältnisse altenden Zweifeln über die Natur der Anstalt zu entscheiden ist. Zum Bei- ird (nach dem Urth. d. preuss. O. V. G. vom 27. April 1897) ein Badearzt, in seinem Hause ein Pensionat für gesunde und erholungsbedürftige Bade- „Sommerfrischler“) unterhält, die Concession zum Halten einer Privat- anstalt dann nachzusuchen haben, wenn er auch kranke Besucher des Bades lichen Behandlung gegen Entgelt aufnimmt und verpflegt, sowie er dies nicht einzelt oder vorübergehend, sondern wiederholt thut, da sonst der Begriff der t“ fehlen würde. Für sein Pensionat wird er dagegen im gegebenen Falle cession zur Führung einer Gastwirthschaft haben müssen.

Concessionspflicht des Unternehmers. Ueber die Concessions- für die Unternehmer von Privatkranken-, Privatentbindungs- rivatirrenanstalten siehe § 30 Absatz 1 der Reichsgewerbeordnung 57).

#### Verleihung der Concession.

r Antrag auf Verleihung einer Concession ist bei der höheren ungsbehörde einzureichen, welche über die Verleihung zu befinden hat. assen ist dies nach § 115 des Zuständigkeitsgesetzes vom 1. August



1883: der Bezirksausschuss, in Berlin der Polizeipräsident (gegen d. sagenden Beschluss desselben findet innerhalb 2 Wochen die Klage bei zirkusausschüsse statt); in Bayern nach § 10 der Vollzugsverordnung 29. März 1892: die Distriktpolizeibehörde (in München die Polizeidirektion); in Sachsen nach § 27 des Organ.-Gesetzes vom 21. April 1873 die Kreisbauerschaft unter Zuziehung des Kreisausschusses; — in Württemberg nach Ministerialverfügung vom 9. September 1883: die Kreisregierung; — in Baden nach §§ 34—37 der Vollzugsverordnung vom 23. December 1883: der Bezirksrath; in Hessen nach der Verordnung vom 8. Januar 1898: der Keisausschuss. Vorbildlich für die Form des zweckmässig in doppelter Ausführung einzureichenden Antrags ist die hessische Verordnung vom 8. Januar 1898, nach der in dem Antrag enthalten sein müssen: a) Angaben über Namen, Geburts- und Wohnort, Alter, Vorbildung und seitherige Thätigkeit des Unternehmers (Zeugnisse über Ausbildung [Approbation u. s. w.], und sonstige Thätigkeit sind beizufügen) und für die administrative oder technische Leitung der Anstalt Stellvertreter werden sollen, die gleichen Angaben auch bezüglich der letzteren. b) Angabe der Zweckbestimmung der Anstalt und den in Aussicht genommenen Umfang, eine Beschreibung der baulichen und sonstigen technischen Einrichtungen und Rücksichtigung der gesundheitspolizeilichen Anforderungen. c) Als Beilage Zeichnungen, aus denen Lage, Grösse und Einrichtung der für die in Aussicht genommenen Baulichkeiten und ihrer Zubehörungen, sowie deren Umgebung, die Zahl, Grösse und Bestimmung der den Anstaltszwecken dienenden Zimmer und sonstigen Räume zu entnehmen ist. Zugleich ist die Bauzeichnung der zuständigen Ortspolizeibehörde beizufügen. Als Unternehmer derjenige, in dessen Namen und für dessen Rechnung der Betrieb der Anstalt zu betreiben ist. Er muss eine physische Person sein. Beabsichtigen juristische Personen, ein- oder mehrere Genossenschaften, Aktiengesellschaften u. s. w. Privatheilanstalten zu errichten, müssen sie nach dem Urtheil des preussischen Oberverwaltungsgerichts vom 10. October 1882 und dem preussischen Ministerialerlass vom 21. Februar 1893 eine bestimmte Person bezeichnen, der die Concession übertragen werden soll. Der Unternehmer muss nach den Motiven der Reichsgewerbeordnung „denjenigen Grad von Umsicht, Erfahrung und Kenntniss nach der technischen wie nach der administrativen Seite besitzen, welcher erforderlich ist, wenn solche Anstalten als gemeinnützige Unternehmungen behaupten sollen. Er muss durch seine Vergangenheit die Annahme ausschliessen, als könne sein Geschäftsbetrieb strafbare oder auch nur unredliche Ausbeutung des seiner Anstalt sich anvertrauenden Publikums gerichtet sein. Der Staat darf verlangen, dass der Unternehmer es in eigener Person oder durch einen vertrauenswürdigen Stellvertreter, in den vorbezeichneten Richtungen und insbesondere auch in Ansehung der Sorgfalt vorzuziehender ärztlicher Hülfe die den Interessen der Kranken entsprechende Garantie biete.“ Ueber die persönliche Unzuverlässigkeit sprechen Schmidt und Dietrich (a. a. O. SS. 355—357) wie folgt aus: „Sie kann auf moralischen, intellektuellen oder physischen Mangel beruhen; finanzielle Unzuverlässigkeit bildet dagegen keinen Versagungsgrund (Urtheil des preussischen Oberverwaltungsgerichts vom 23. Mai 1877). Was zunächst die moralische Unzuverlässigkeit anbelangt, so werden Personen, die wiederholt mit dem Strafrecht in Conflict gerathen sind, insbesondere wegen Vergehen gegen das Eigenthum, Leben und Gesundheit, zweifellos als unfähig für die Leitung oder Verwaltung von Privatkranken- u. s. w. Anstalten anzusehen sein. Dasselbe gilt, wenn dem Unternehmer nachgewiesen werden kann, dass er bei anderen Gelegenheiten dem

am gewesen und die zum Schutze der öffentlichen Interessen von den zu-  
 Behörden getroffenen Anordnungen ausser Acht gelassen hat, weil dann  
 ügende Gewähr dafür fehlt, dass er sich nicht auch bei dem beabsichtigten  
 men eines ehrlosen, das öffentliche Wohl gefährdenden Verhaltens schuldig  
 werde (Urtheil des Oberverwaltungsgerichts vom 12. Mai 1880). Auf welchem  
 lie Thatsachen der moralischen Unzuverlässigkeit liegen, ist also gleichgültig,  
 derartigen Handlungen der Ehefrau kann eine solche des Unternehmers an-  
 n werden (Urtheil des preussischen Oberverwaltungsgerichts vom 11. Decbr.  
 Bei Ausschliessung eines Arztes aus ärztlichen oder gesellschaftlichen Ver-  
 en sind die Gründe der Ausschliessung festzustellen; denn nicht aus dieser  
 ondern erst aus den thatsächlichen Feststellungen, die zur Ausschliessung  
 aben, lässt sich ein Urtheil darüber bilden, ob der betreffende Arzt im Sinne  
 der Gewerbeordnung als unzuverlässig zu erachten ist (Urtheil des preussi-  
 berwaltungsgerichts, vom 18. December 1897). Anders liegen die  
 isse jedoch, wenn einem Arzt von einer staatlich anerkannten Aerztekammer  
 rechte und die Wählbarkeit dauernd oder auf Zeit wegen erheblicher oder  
 lter Verletzung seiner Berufspflichten u. s. w. entzogen ist; dies dürfte als  
 Thatsache für moralische Unzuverlässigkeit gelten. Eine intellektuelle  
 gkeit wird bei einem Arzt als Unternehmer besonders dann in Frage  
 wenn er etwa wegen fahrlässiger Körperverletzung, Ausstellung falscher  
 e u. s. w. in Ausübung seines Berufs bestraft worden ist oder aus der Art  
 kenuntersuchung und des Heilverfahrens auf den Mangel ärztlicher Fach-  
 und die Unzuverlässigkeit des Antragstellers geschlossen werden muss  
 ialerlass des sächsischen Ministers des Innern vom 22. Januar 1889). Bei  
 renanstalten wird ausserdem der Mangel einer speciell wissenschaftlichen  
 ng ins Gewicht fallen. Aber an und für sich kann auch bei dem Arzte  
 sch-technische Unfähigkeit nicht als Versagungsgrund angesehen werden, da  
 ann, auch ohne als Arzt approbirt zu sein nach den geltenden  
 ungen zur Errichtung von Privatkrankenanstalten berechtigt  
 e Behörde wird allerdings stets die wissenschaftliche Qualifikation des An-  
 ers in Bezug auf die technische Leitung prüfen und beim Mangel derselben  
 ession nur unter gewissen Bedingungen erteilen, z. B. Bestellung eines  
 en Stellvertreters, bezw. ärztlichen Leiters; Beschränkung auf die Aufnahme  
 er Kranker, deren Krankheit ausserdem durch ein ärztliches Attest beschei-  
 (siehe weiter unten) u. s. w. Wenn jedoch die geistigen Fähigkeiten des  
 imers auf so niedriger Stufe stehen oder in Folge von Geisteskrankheit der-  
 unden sind, dass er ausser Stande ist, den Anstaltsbetrieb zu übersehen, so  
 Erlaubniss überhaupt zu versagen sein, da die Fähigkeit zur Beaufsichtigung  
 der Inhaber der Concession nach § 151 der Gewerbeordnung auch dann be-  
 uss, wenn ein Stellvertreter mit der Leitung der Anstalt beauftragt ist (Ur-  
 s Oberverwaltungsgerichts vom 28. September 1878). Ueber den Umfang  
 hnischen Kenntnisse, die von einem Unternehmer zu verlangen sind,  
 das preussische Oberverwaltungsgericht in seinem Urtheil vom 19. Januar  
 folgt ausgesprochen: „... . Es kann nicht anerkannt werden, dass die  
 de Fähigkeit, eine Krankheit richtig zu erkennen, ohne Weiteres auch die  
 zeit in sich schliesst, Krankheiten die für die Anstaltsbehandlung in Aussicht  
 en sind, nachdem sie durch einen dazu befähigten Arzt in ihrer Eigenart  
 kannt worden sind, richtig zu behandeln; . . . im Gegentheile, in Preussen  
 von 1842 ab (durch die jetzt nicht mehr gültige Kabinettsordn. vom 21. Juli  
 treffend die Errichtung und Verwaltung von Wasserheilanstalten) Jahrzehnte

Anstalt verlassen werden konnte, wenn andererseits zu berücksichtigen  
bisher, so auch künftig, selbst wenn die Anstalt unter Leitung e  
würde, verhältnissmässig selbstständig der Behandlung der Kranke  
es in hohem Grade zweifelhaft erscheinen, ob der Vorderrichter di  
nicht in der That dahin hat verstanden wissen wollen, dass der Kl  
Hilfsdienste bei der Krankenbehandlung nicht verrichten dürfe . .  
Strafrichter mit einer Geldstrafe von zehn Mark als gesichert erac  
der Gewerbeordnung (wegen uncessionirten Betriebes einer Pr  
war . . . ein Grund zur Versagung der Concession nicht zu entnel  
der Persönlichkeit des seit langen Jahren in M. domicilirten Kl  
Nachtheiliges sonst nicht vorliegt. Ebenso wenig konnte aber aus  
achten des vernommenen Sachverständigen und der nicht ausreiche  
lichen Vorbildung des Klägers anzunehmenden ungenügend  
desselben zur Erkennung von Krankheiten ein Gru  
werden, ihm die erbetene Concession überhaupt zu v  
die langjährige Ausübung seines Gewerbes als Naturheilkundiger ur  
Zeit von ihm durchgeführte Betrieb seiner Heilanstalt bisher z  
Veranlassung gegeben haben. Zweifellos würde der bei dem  
Mangel an Fähigkeit zur Erkennung von Krankheiten dadurch au  
können, dass die Anstalt unter die Leitung eines approbirten Arz  
in dessen Händen alsdann auch die Feststellung der Beschaffenhei  
läge. Nach der Sachlage liegt aber kein ausreichender Grund  
greifende Beschränkung des Klägers eintreten zu lassen. Es mu  
nügend erachtet werden, wenn . . . . . die Concession unter  
theilt wird, dass die Beschaffenheit der Krankheit jedes in der Ans  
den Kranken durch das Attest einer approbirten Medicinalperson  
muss und vor Beibringung dieses Attestes Niemand zum Gebrauch  
lassen werden darf. Diese Maassnahme in Verbindung mit der den  
zustehenden Aufsicht über die Anstalt erscheint genügend, um die  
begebenden Kranken vor denjenigen Gefahren, die aus dem vom  
begutachteten Mangel des Klägers entstehen könnten, zu sichern .

in Privatheilstätten nach § 30 b der R.-G.-O. (siehe S. 982) den gesundheitspolizeilichen Anforderungen entsprechen müssen, siehe S. 970. Ausser der Ortspolizeibehörde und der Gemeindebehörde ist vor Ertheilung der Concession in den meisten Bundesstaaten auch der beamtete Arzt zu hören, z. B. in Preussen nach § 103 der Dienstanweisung für die Kreisärzte vom 23. März 1901. In Bayern ist nach der Min.-Entschl. vom 3. December 1895 § 7 Absatz 3 bei Anlage von Privat-Heilanstalten auch der Director der einschlägigen Kreisirrenanstalt zu einer gutachtlichen Aeusserung zu veranlassen. Gegen den die Genehmigung versagenden oder nur unter Bedingungen zu ertheilenden Beschluss findet nach §§ 20, 21, 40 Absatz 2 der Reichsgewerbeordnung (siehe SS. 755, 756, 758) auf schriftlichen, innerhalb 14 Tagen stellenden Antrag des Unternehmers mündliche Verhandlung und gegen den dann folgenden endgültigen Bescheid Recurs bei der zuständigen Recursbehörde statt. Diese ist in Preussen: das Oberverwaltungsgericht, in Bayern: die Kreisregierung, in Sachsen, Württemberg und Baden: das Ministerium des Innern, in Hessen: der Provinzialausschuss und in höchster Instanz das Ministerium des Innern u. s. w. Die Concession darf nach § 40 der R.-G.-O. (siehe S. 758) weder auf Zeit verliehen, noch abgesehen von den Bestimmungen in den §§ 53 und 143 der R.-G.-O. (siehe S. 758, 760) widerrufen werden.

d) Verlust der Concession.

aa) Erlöschen der Concession. Die Concession einer Privatheilstätte, welche eine rein persönliche und an bestimmte Räume gebunden ist, erlischt unter gewissen Verhältnissen: 1. Nach § 49 Absatz 1 der R.-G.-O. (siehe S. 758), wenn der Inhaber nach Empfang derselben die von der Concessionsbehörde bestimmte Zeit oder falls keine Zeit festgesetzt ist, ein ganzes Jahr verstreichen lässt, ohne davon Gebrauch zu machen. 2. Desgleichen nach § 49 Absatz 2 und 4 der R.-G.-O., wenn die Concession durch Einstellung des Gewerbebetriebes während eines Zeitraums von drei Jahren geruht hat, ohne dass eine Fristung nachgesucht und ertheilt worden ist. Das Verfahren für die Fristung ist dasselbe, wie für die Genehmigung neuer Anlagen. 3. Die Concession kann nach dem Urtheil des bayerischen Verw.-Gerichts vom 2. October 1880 mittelst schriftlicher oder mündlicher Abmeldung zurückgegeben werden. 4. Die Concession erlischt durch den Tod des Inhabers. Hinterlässt der Inhaber eine Wittve oder minderjährige Erben, so kann nach § 46 der R.-G.-O. (siehe S. 758) das Gewerbe für deren Rechnung durch einen qualificirten Stellvertreter [vergl. § 45 der R.-G.-O. S. 758<sup>1)</sup>] während des Wittwenstandes und bis zur Grossjährigkeit der Erben fortgesetzt werden. Nach § 45 der R.-G.-O. bedarf der Stellvertreter keiner Concession, er muss jedoch den in dem § 30 Abs. 1 a der R.-G.-O. vorgeschriebenen Erfordernissen in Bezug auf die persönliche Zuverlässigkeit genügen und wird durch einen besonderen Bescheid der Ortspolizeibehörde als Stellvertreter zugelassen. Die Wittve kann, wenn sie einen qualificirten Stellvertreter angestellt hat, nach dem Urtheil des preuss. O.-V.-G. die Heilstätte auch in eigener Person betreiben. 5. Die Concession erlischt durch Verkauf oder Verpachtung unter der Voraussetzung, dass der Inhaber die Concession nicht mehr ausübt. Verkauft der Inhaber dagegen nur die Gebäude seiner Anstalt

1) Der Inhaber einer Concession kann den Gewerbebetrieb einem Stellvertreter übertragen, der zugleich die Verantwortung übernimmt. Nach § 151 der R.-G.-O. (siehe S. 761) bleibt jedoch der Concessionsinhaber verantwortlich für die von dem Stellvertreter mit seinem Vorwissen begangenen Uebertretungen oder, wenn der Inhaber es bei der nach den Verhältnissen möglichen eigenen Beaufsichtigung des Stellvertreters an der erforderlichen Sorgfalt hat fehlen lassen.

und behält sie durch Pachtung in seinem Betriebe, so erlischt die Concession. Will der Käufer oder auch der Pächter (Urtheil des preuss. O.-V.-G. vom 1883) die Heilanstalt selbst betreiben, so ist er Unternehmer und bedarf einer Concession. 6. Einer neuen Concession bedarf es auch, wenn der Inhaber Gebäude, Räume oder den Betrieb wesentlich verändern will gegenüber der Concessionsurkunde gezogenen Grenzen, z. B. Verlegung der Anstalt in andere Räume, Einrichtung eines anderen Betriebs (Änderung der Krankenanstalt in Irrenanstalt). Dagegen ist nach dem Urtheil des preuss. O.-V.-G. vom 30. D. 1881 eine neue Concession nicht erforderlich, wenn nach dem Abbruche oder Brennen der Anstalt diese nach dem in der alten Concession genehmigten Platz aufgebaut, eingerichtet und betrieben wird.

β) Zurücknahme der Concession. Nach den §§ 53, 54 und 55 R.-G.-O. (siehe SS. 758, 759, 761) kann die Zurücknahme der Concession seit Verleihungsbehörde (siehe SS. 995, 996) — nicht aber in Folge einer richterlichen oder administrativen Entscheidung — auf Antrag der zuständigen Ortspolizei (Urtheil des preuss. O.-V.-G. vom 1. October 1894) erfolgen, 1. wenn die Unmöglichkeit der Nachweise dargethan wird, auf Grund deren die Concession ertheilt ist oder wenn dem Inhaber einer Concession die bürgerlichen Ehrenrechte at sind, in letzterem Falle jedoch nur für die Dauer des Ehrenverlustes<sup>1)</sup>. Doch ist die Entziehungsbehörde nicht verpflichtet, das beantragte Entziehungsverfahren zu leiten. Auch kann sie auf eine kürzere Entziehungszeit erkennen, als der Verlust der Ehrenrechte andauert. 2. Wenn aus Handlungen oder Unterlassungen des Concessionsinhabers der Mangel derjenigen Eigenschaften, welche bei der Ertheilung der Concession vorausgesetzt werden mussten, klar erhellt. Nach dem Urtheil des O.-V.-G. vom 7. Februar 1889 müssen die für die Entziehung maassgebenden Handlungen und Unterlassungen selbstverschuldet sein, soweit es sich um die persönliche oder geistliche handelt. Dagegen ist dies nicht erforderlich beim Verluste der intellektuellen oder psychischen Befähigung, da der Verlust der Eigenschaften der Befähigung ohne jedes subjectives Verschulden des Gewerbetreibenden eintreten kann. Zu den Unterlassungen gehört nach dem Urtheil des preuss. O.-V.-G. vom 1. December 1894 und des bayerischen V.-G. vom 29. April 1896 auch, wenn e

---

1) Hierzu sind die §§ 32–36 des Strafgesetzbuchs zu beachten, welche lauten: „§ 32. Neben der Todesstrafe und Zuchthausstrafe kann auf den Verlust der bürgerlichen Ehrenrechte erkannt werden, neben der Gefängnisstrafe, wenn die Dauer der erkannten Strafe drei Monate erreicht und entweder das Gefängnis der bürgerlichen Ehrenrechte ausdrücklich zulässt oder die Gefängnisstrafe wegen Annahme mildernder Umstände an Stelle von Zuchthausstrafe ausgesprochen ist. Die Dauer des Verlustes beträgt bei zeitiger Zuchthausstrafe mindestens zwei und höchstens zehn Jahre, bei Gefängnisstrafe mindestens ein Jahr und höchstens fünf Jahre. § 33. Die Aberkennung der bürgerlichen Ehrenrechte bewirkt den dauernden Verlust der aus öffentlichen Wahlen für den Verurtheilten hervorgegangenen Ämter, ingleichen den dauernden Verlust der öffentlichen Ämter, Würden, Titel, Orden und Ehrenzeichen. § 34. Die Aberkennung der bürgerlichen Ehrenrechte bewirkt die Unfähigkeit, während der im Urtheile bestimmten Zeit . . . öffentliche Ämter, Würden, Titel, Orden und Ehrenzeichen zu erlangen. § 36. Die Aberkennung der bürgerlichen Ehrenrechte tritt mit der Rechtskraft des Urtheils ein; die Zeit wird von dem Tage berechnet, von dem die Freiheitsstrafe, neben welcher die Aberkennung ausgesprochen wird, verbüsst, verjährt oder erlassen ist.“

nhaber die Anstalt nicht selbst leitet und unterlässt, einen qualificirten vter (siehe S. 999) zu bestellen oder einen untauglichen zu entlassen. r Unternehmer den an seinen Geschäftsbetrieb gestellten Anforderungen recht wird, insbesondere die Concessionsbedingungen in Bezug auf die Be- me, deren Einrichtung oder den Betriebsort und die Betriebsart nicht erfüllt, rücknahme der Concession wegen Mangels der erforderlichen Eigenschaften t. Die Mängel müssen jedoch nach dem Urtheil des preuss. O.-V.-G. vom 97 durch eine freie vertretbare Handlung oder Unterlassung des Concessions- und nicht etwa durch Zufall oder ohne sein Verschulden herbeigeführt sein. nderverleihung der Concession ist nach der rechtskräftigen Zurücknahme der- derzeit möglich, sobald die Bedingungen des § 30 Absatz 1 wieder erfüllt s Verfahren der Zurücknahme ist durch die §§ 20, 21 der R.-G.-O. (siehe eregelt. Ueber die Behörden, welche für die Zurücknahme zuständig sind, 995, 996.

#### Gebühren der Concession.

Gebühren, welche in den Bundesstaaten für die Verleihung der Con- cession einer Privatkrankenanstalt an die Staatskasse gezahlt werden müssen, den einzelnen Staaten verschieden. Nach § 22e des Tarifs für die Verleihung der Concession vom 31. Juli 1895 beträgt in Preussen die Mindestgebühr Verleihung einer Concession zur Anlage einer Privatkrankenanstalt k, wenn die Anstalt wegen geringen Ertrages von der Gewerbesteuer ei einem Anlagecapital von weniger als 3000 Mark und einer jährlichen Ein- nter 1500 Mark), sonst 5, 15, 50 oder 100 Mark, je nachdem die Anstalt in , 2. oder 1. Gewerbesteuerklasse gehört. Bei Fristungen und Fristverlänge- er Concession nach § 49 Absatz 3 der R.-G.-O. ist nur der vierte Theil der den Sätze zu zahlen. Dient die Privatkrankenanstalt zu gemeinnützigen (Poliklinik, Privatklinik eines Arztes ohne Ueberschuss etc.), so wird eine nsgebühr nicht erhoben (Urtheil des preussischen O.-V.-G. vom 3. Januar

#### Gewerbsteuerpflicht des Unternehmers.

den Privatkrankenanstalten haben die Unternehmer wie von jeder gewerblichen welche die Erzielung von Ueberschüssen bezweckt, Gewerbesteuer zu zahlen. i schützt auch nicht die sonstige Gewersteuerbefreiung des ärztlichen Ben- n der Unternehmer ein Arzt ist. Nur wenn der Arzt mit der Unterbringung legung der Patienten in seiner Privatklinik die Erzielung eines besonderen Ge- licht erstrebt, die Anstalt vielmehr nur als Mittel zur Ausübung seiner Thätigkeit Specialarzt, Zahnarzt etc. (Urtheil des preuss. O.-V.-G. vom 5. Mai 1898) oder nnützigen oder wissenschaftlichen Zwecken (Urtheil des preuss. O.-V.-G. Januar 1898) unterhält, findet Befreiung von der Gewerbesteuer statt. Das sehe Gesetz vom 24. Juni 1891 sieht für die Erhebung der Gewerbesteuer r vor: Zu der ersten Klasse sind zu rechnen die Betriebe mit einem jähr- trage von 50000 Mark und darüber oder mit einem Anlage- oder Betriebs- on 1000000 Mark und darüber; zu der zweiten Klasse die Betriebe mit 00 Mark jährlichem Ertrage oder 150000—1000000 Mark Anlage- oder Be- al; zu der dritten Klasse die mit 4—20000 Mark Ertrag oder 30000 bis 40000 Mark Anlage- oder Betriebscapital; zu der vierten Klasse die mit 1500 bis k Ertrag oder 3—30000 Mark Anlage- oder Betriebscapital. Betriebe, welche 00 Mark jährlichen Ertrag und unter 30000 Mark Anlage- und Betriebscapital

in Baden: die Ortspolizeibehörde, in Elsass-Lothringen: der Bü  
Bei Unterlassung der Anzeige ist eine Geldstrafe von 150 Mark und  
falls Haft bis zu 4 Wochen zu gewärtigen (§ 148 Ziffer 3 der R.-G.-  
Ueber Beaufsichtigung, Verwaltung und Betrieb der I  
anstalten gilt das, was über die öffentlichen Krankenanstalte  
ist (siehe SS. 966, 970). In Beziehung auf die Bezeichnung  
Krankenanstalt ist nach dem Urtheil des preuss. O.-V.-G.  
1890 zu beachten, dass Aerzte ihre Anstalt als „Privatklinik“, „Kli  
zeichnen können, da der allgemeine Sprachgebrauch unter einer „K  
ausschliesslich eine Lehrzwecken dienende Heilanstalt versteht, da  
nichtärztlichen Concessionsinhaber jene Benennungen nicht wähle  
Glaube erweckt werden könnte, der Inhaber sei eine geprüfte Medici  
des preuss. Kammergerichts vom 20. März 1882 und des Ob.-L.-G.s  
11. Februar 1890). In Beziehung auf die Versicherungspflicht  
personals in den Privatkrankenanstalten siehe S. 851, 925  
soll hier noch werden, dass das Personal gegen Krankheit, I  
Alter versichert werden muss, wenn der regelmässige Jahresverdi  
Einkommen überhaupt den Betrag von 2000 Mark nicht übersteigt.  
braucht das Personal nur dann versichert werden, wenn es in einer  
verbundenen, versicherungspflichtigen Betriebe beschäftigt wird (Be  
versicherungsamts vom 8. Mai 1896).

Wird die Privatkrankenanstalt ohne Concession betrieben, so  
mit Geldstrafe bis zu 300 Mark und im Unvermögensfalle mit  
Ziffer 1 der R.-G.-O., siehe S. 761), wenn der Nachweis erbrac  
sich um eine concessionspflichtige Anlage handelt und der Bet  
begonnen (durch Aufnahme von Kranken) und erwerbsmässig (auf  
betrieben worden ist (Urtheil des preuss. O.-Tribunals vom 18.  
Unternehmer braucht nach dem Urtheil des Reichsgerichts vom 4  
das Bewusstsein der Rechtswidrigkeit gehabt zu haben. Dieselt  
wenn der Unternehmer den Betrieb nach Entziehung der Concessi

## 2. Privatkranken- und Entbindungsanstalten.

Alle Bestimmungen, welche für die Erkrankungs- und Sterblichkeitsstatistik der Anstalten (siehe S. 965), für deren Beaufsichtigung, Anlage, Bau und Einrichtung (siehe S. 970) für die sonstigen Verhältnisse (siehe S. 967) im Allgemeinen maassgebend sind, gelten auch für die Privatkranken- und Entbindungsanstalten. Für die Privatentbindungsanstalten ist noch Folgendes zu bemerken: Der Unternehmer oder sein Stellvertreter muss die Richtigkeit der Angaben, die ihm seitens der Aufnahmesuchenden über deren persönliche Verhältnisse gemacht worden, sorgfältig prüfen. Die standesamtliche Meldung der Kinder ist unter richtiger Namensangabe zu bewirken; bei ausserehelichen Kindern ist der Name der Mutter anzugeben. Die Uebergabe der Kinder an Kosteltern darf erst nach Ablauf einer ausreichenden Frist erfolgen. So bestimmt ein Rundschreiben des Medicinalcollegiums in Hamburg vom 26. Februar 1898, dass die Hebammen, welche Inhaberinnen von Privatentbindungsanstalten sind, die neugeborenen Kinder in der Regel bis zum zehnten Tage nach der Entbindung in der Anstalt zu behalten und, falls eine frühere Entlassung aus besonderen Gründen, z. B. wegen Erkrankung der Mutter nothwendig ist, dann wenigstens bis zum zehnten Tage zu besuchen haben. Ueber die Bestimmungen bezüglich des Operationszimmers siehe § 16 S. 972 und des Entbindungszimmers siehe § 17 S. 972.

## 3. Privatirrenanstalten.

Für den Begriff „Privatirrenanstalt“ in dem Sinne des § 30 ist das Urtheil des reussischen O.-V.-G. vom 12. Mai 1880 bemerkenswerth, wonach es nur auf die Art der Kranken, für welche die Anstalt bestimmt ist, und nicht auf die Bezeichnung der Anstalt ankommt. Alle Pensionate, Heilanstalten für Gemüthskranke, Sanatorien u. s. w., welche Geisteskranken aufnehmen, unterliegen den Bestimmungen über die Privatirrenanstalten. Diese Bestimmungen stimmen fast in allen Bundesstaaten überein und erstrecken sich überall auch auf die von Orden, Congregationen, Vereinen u. s. w. unterhaltenen Irrenanstalten — die sonst den öffentlichen Krankenanstalten gleich gerechnet werden (siehe S. 982). Auch gelten sie für alle Privatanstalten zur Aufnahme von Idioten und Epileptischen. Als Beispiel wird die für Preussen gültige Anweisung vom 26. März 1901 im Wortlaut angeführt: „Anliegend übersenden wir nebst Anlagen die von uns heute erlassene neue „Anweisung über Unterbringung in Privatanstalten für Geisteskranke, Epileptische und Idioten“ mit dem Ersuchen, dafür Sorge zu tragen, dass dieselbe bei allen privaten Anstalten des dortigen Bezirkes an Stelle der bisherigen Anweisung vom 20. September 1895 zur Anwendung gelange. Zu den privaten Anstalten im Sinne dieser Anweisung gehören insbesondere auch die von geistlichen und weltlichen Orden, Genossenschaften, Stiftungen etc. begründeten und betriebenen Anstalten, dagegen nicht die vom Staate oder von Communalverbänden errichteten und unterhaltenen Anstalten. Zur Behebung etwaiger Zweifel bemerken wir noch: Zu § 9: Dortseits ist gemäss dem Erlasse vom 5. August 1881 — Min. d. I. II. 1871 —, M. d. g. A. M. 4062 II — bei Ausländern an den Herrn Minister der auswärtigen Angelegenheiten zu berichten. Zu § 24: Ausserordentliche Revisionen durch den Kreisarzt oder dessen Vertreter sowie auch durch die Besuchscommission herbeizuführen, bleibt dortigem Ermessen überlassen. Der Vorsitzende der Besuchscommission hat die Zeit der Besichtigung einige Tage vorher dem Kreisarzt oder dessen Vertreter vertraulich mitzutheilen.



Universitätsklinik auf Grund eines von dem Untersuchenden ausges-  
Zuständig ist der Kreisarzt (Gerichtsarzt) des Wohnortes des Kran-  
der Verhinderung sein Vertreter. Der beamtete Arzt ist verhindert  
Anstalt ist. § 2. Das Zeugniß (§ 1) hat zu enthalten: Die Ver-  
Zweck seiner Ausstellung, Zeit und Ort der Untersuchung, insbe-  
der letzten Untersuchung (vergl. § 5), die dem Untersuchenden  
theilungen einerseits und seine eigenen Wahrnehmungen anderseits  
muss die Krankheitszeichen genau angeben und begründen, wes-  
Aufnahme in die Anstalt bedarf. Die Bezugnahme auf das schon  
Zeugniß eines anderen Arztes ist zulässig, soweit der Untersucher  
dieses Zeugnisses auf Grund der persönlichen Untersuchung des  
Dem Zeugniß ist der Amtscharakter des Ausstellers beizufügen.  
eines wegen Geisteskrankheit oder Geistesschwäche (B.-G.-B.)  
Kranken kann auf Antrag des Vormundes ohne Mitwirkung des Krei-  
eines den Vorschriften des § 2 Absatz 1 entsprechenden Zeugnisses  
birten Arztes erfolgen. § 4. In dringenden Fällen kann die vorläu-  
Grund eines den Vorschriften des § 2 Absatz 1 entsprechenden Zeu-  
approbirten Arztes erfolgen. Der vorläufig Aufgenommene muss  
24 Stunden dem für die Anstalt zuständigen Kreisarzt oder dem  
hinderten Kreisarztes (vergl. § 1) angemeldet werden. Dieser hat  
nach Empfang der Anzeige den Kranken zu untersuchen und alsbe-  
suchung ein Zeugniß darüber auszustellen, ob die Aufnahme zulä-  
In zweifelhaften Fällen ist die Untersuchung in kurzen Fristen zu  
Zeugniß ist alsdann spätestens innerhalb zwei Wochen nach der  
nahme auszustellen. Ein Kranker, dessen Aufnahme nicht für zulä-  
ist alsbald zu entlassen. § 5. Die Aufnahme sowie die vorläufige  
darf nur innerhalb einer Frist von zwei Wochen nach der letzten  
 (§§ 2, 3, 4) angeführten Untersuchungen erfolgen. § 6. Die U-  
Kranken aus einer anderen öffentlichen oder privaten Anstalt darf  
von deren Unternehmer a) ein Uebergabeschein und b) eine beglau-

Diese Anzeigen sollen enthalten: den Vor- und Zunamen, den Geburtstag, den Wohnort, den Beruf und den letzten Wohnsitz des Kranken, den Aufnahme-Namen seines etwaigen gesetzlichen Vertreters sowie die Angabe, auf wessen Antrag die Aufnahme erfolgt ist. Abschrift der Stelle des Zeugnisses, in dem die Nothwendigkeit der Aufnahme bescheinigt wird, und der Unterschrift des Arztes beizufügen. Ist der Kranke entmündigt, so ist dies anzugeben. Bei der Aufnahme aus einer anderen Anstalt ist Abschrift des Uebergabebescheines (§ 6a) und ärztlichen Bescheinigung über die Nothwendigkeit weiterer Anstaltsbehandlung (§ 6d) beizufügen. Im Falle des § 3 sowie bei jeder Uebernahme eines Kranken aus einer anderen Krankheit (§ 6) ist die Aufnahme des Kranken unter Vorlegung des ärztlichen Aufnahmezeugnisses oder der in dem § 6 unter b und c genannten Schriftstücke binnen drei Tagen nach der Aufnahme dem Kreisarzt anzuzeigen (§ 8). Innerhalb der in dem § 7 Absatz 1 bezeichneten Frist ist die Aufnahme dem Ersten Staatsanwalt desjenigen Gerichtes, welches für die Entmündigung des Kranken zuständig ist, oder falls dieses Gericht unbekannt ist, dem Ersten Staatsanwalt desjenigen Gerichtes anzuzeigen, in dessen Bezirke die Anstalt liegt. Die Aufnahme eines entmündigten oder eines unter vorläufige Vormundschaft gestellten Kranken (L.-G.-B.) oder eines unter Pflegschaft stehenden (§ 1910 B.-G.-B.) Kranken ist dem dem zuständigen Vormundschaftsgericht anzuzeigen. § 9. Wird ein Kranke ausserdem dem für die Anstalt zuständigen Regierungspräsidenten anzuzeigen, wobei ist unter abschriftlicher Mittheilung der Anzeige (§ 7) die Staatsanwaltschaft und der letzte Wohnsitz des Kranken in seinem Heimathsstaat anzugeben.

**Entlassung und Beurlaubung.** § 10. Die Entlassung muss — unter Beobachtung der Vorschriften der §§ 11 und 12 — erfolgen: 1. wenn der Kranke geheilt ist; 2. wenn er soweit gebessert ist, dass er der Behandlung in der Anstalt nicht mehr bedürftig erscheint; 3. wenn die Entmündigung des Kranken durch rechtsgerichtlichen Beschluss abgelehnt (§§ 662—663 C.-P.-O.) oder wenn die frühere Entmündigung auf Grund durchgeführter Anfechtungsklage (§ 672 C.-P.-O.) oder durch rechtskräftigen gerichtlichen Beschluss (§§ 675 ff. C.-P.-O.) aufgehoben ist; 4. wenn der gesetzliche Vertreter des Kranken die Entlassung beantragt. In den Fällen des Absatzes 1 No. 2 und 3 kann der Kranke nach Maassgabe der Vorschriften des Abschnittes III in der Anstalt verbleiben. Beantragt ein vollkranker, der weder entmündigt noch unter vorläufige Vormundschaft gesetzlich seine Entlassung, so hat der Vorstand der Anstalt, wenn er dem Antrag nicht stattgeben will, den Antrag unter Darlegung der für die Ablehnung geltenden Gründe unverzüglich dem für die Stellung des Entmündigungsantrags zuständigen Ersten Staatsanwalt mitzutheilen. Wird der Entlassungsantrag wiederholt, so ist die Mittheilung des erneuten Antrags an den Ersten Staatsanwalt nicht erforderlich, sofern der Antrag neue Thatfachen nicht enthält und sich die Verhältnisse der Mittheilung des früheren Antrags nicht geändert haben. § 11. War die Entlassung veranlasst: a) von einer Polizeibehörde aus sicherheitspolizeilichen Gründen oder b) von einer Polizeibehörde (Amtsgericht, Untersuchungsrichter, Anwaltschaft) oder von einer Polizei- oder communalen Behörde unter Aufrechterhaltung der Anstalt gegen den Kranken stattfindenden Untersuchungs-, Straf- oder Correctionalverfahren, so ist zur Entlassung die vorgängige Zustimmung derjenigen Behörde erforderlich, welche die Aufnahme veranlasst hat. § 12. Soll ein Kranker, welcher als gefährlich oder als für die öffentliche Ordnung störend angesehen wird, entlassen werden, so ist unter Vorlegung einer Aeussersetzung des leitenden Arztes über den Zustand des Kranken die Zustimmung der Ortspolizeibehörde des

in den §§ 7—9 bezeichneten Behörden sofort Anzeige zu machen. Die Entlassung (Ueberführung, Beurlaubung) und der Ort, nach welchem der Kranke überführt, beurlaubt ist, ist hierbei anzugeben. Denselben Inhalt hat der Antrag an die in § 11 den dort bezeichneten Behörden ist von dem Tode des Kranken, von der Entweichung und von der Wiederaufnahme eines Entwichenen zu machen.

III. Bestimmungen über freiwillig Eintretende. § 15. Personen, welche Verständniss für ihren Eintritt in die Anstalt haben, können denselben von dem Regierungs-Präsidenten die Genehmigung hierzu erlangen. § 16. Das Gesuch um Genehmigung (§ 15) ist bei dem Kreisarzt anzubringen und von diesem an die Ortspolizeibehörde, weiter zu reichen. Die Genehmigung ist nur unter Vorbehalt jederzeitigen Widerrufs und der Regel nach nur solchen Personen zu theilen, in welchen ein Anstaltsarzt wohnt. Ausnahmen von dieser Regel sind mit Zustimmung des Ministers der Medicinalangelegenheiten zulässig. § 17. Zur Aufnahme eines freiwillig Eintretenden ist erforderlich: 1. Bescheinigung, dass der Aufzunehmende a) Verständniss für seine Aufnahme besitzt und b) seinem Zustande nach für die Aufnahme geeignet ist. 2. Schriftliche Erklärung des Aufzunehmenden, dass er in die Anstalt eintreten wünscht. Steht der Aufzunehmende unter elterlicher Gewalt oder Vormundschaft, so bedarf es nur der zu 1 b vorgeschriebenen ärztlichen Bescheinigung und der schriftlichen Einwilligung des gesetzlichen Vertreters. Die Aufnahme ist binnen 24 Stunden der Ortspolizeibehörde der Anstalt vertraulich anzugeben. § 18. Die Entlassung muss erfolgen: 1. auf Antrag des Aufzunehmenden unter elterlicher Gewalt oder unter Vormundschaft steht, auf Antrag des gesetzlichen Vertreters, 2. andernfalls auf Antrag des Kranken. Der Antrag des Kranken darf nur dann vorläufig abgelehnt werden, wenn die Vorschriften § 12 eingetreten sind und gemäss den dortigen Bestimmungen verfahren wird.

Einrichtungen von Krankenanstalten. Ausserdem gelten folgende besondere Bestimmungen: 1. Die Anstalten müssen, soweit es sich nicht um wirthschaftliche und Bureau-Angelegenheiten handelt, von einem in der Psychiatrie bewanderten Arzte geleitet werden, der durch längere Thätigkeit an einer grösseren öffentlichen, nicht nur für Unheilbare bestimmten Anstalt oder an einer psychiatrischen Universitätsklinik — wenn auch nur zum Theil als Volontär — sich die nöthigen Kenntnisse verschafft hat. In der Regel ist für die Leitung einer grösseren oder einer heilbaren Kranke aufnehmenden Anstalt eine etwa zweijährige Thätigkeit dieser Art erforderlich. Je nach dem Bestand und Wechsel der Kranken und wenn die Anstalt ausschliesslich unheilbare Kranke aufnimmt, kann die Dauer der Ausbildung auf etwa ein Jahr herabgesetzt werden. In besonderen Fällen ist nach Anhörung der Besuchscommission an den Minister der Medicinal-Angelegenheiten zu berichten. Mit dessen Zustimmung kann auch die ärztliche Thätigkeit an einer geeigneten grösseren Privat-Anstalt für Geisteskranke oder Epileptische oder an einer geeigneten grossen Abtheilung für Geisteskranke bei einem allgemeinen Krankenhause für die Ausbildung anzurechnet werden. 2. Der Unternehmer der Anstalt bedarf für die eigene Uebernahme der ärztlichen Leitung oder für die Anstellung des leitenden Arztes der Genehmigung des Regierungs-Präsidenten. Dabei ist zu verfahren, wie in dem § 16. — Bei Anstellung des leitenden Arztes ist der in Aussicht genommene Vertrag und die Dienst-Anweisung beizufügen und sind bezüglich der Lage der Wohnung genaue Angaben zu machen, wenn der Arzt nicht in der Anstalt zu wohnen hat (3). — Auch die Vertretung ist in allen Fällen zu ordnen. Die Genehmigung kann zurückgenommen werden, wenn die Unrichtigkeit der Nachweise dargethan wird, auf Grund deren sie erteilt worden ist, oder wenn aus Handlungen oder Unterlassungen des Arztes sich dessen Unzuverlässigkeit in Bezug auf die ihm übertragene Thätigkeit ergibt. 3. In Anstalten, in denen heilbare Kranke Aufnahme finden, oder welche für mehr als 50 Geisteskranke oder mehr als 100 Epileptische bestimmt sind, muss mindestens ein nach Vorschrift der No. 1 ausgebildeter Arzt wohnen. Ausnahmen können, sofern die Wohnung des Arztes in unmittelbarer Nähe belegen und durch Telephon verbunden ist, mit Zustimmung des Ministers der Medicinalangelegenheiten gestattet werden. 4. Es soll in der Regel ein zweiter Arzt angestellt werden und in der Anstalt wohnen, wenn die Zahl der Geisteskranken 100 oder der Epileptiker 200 übersteigt. Ueber den Nachweis der psychiatrischen Vorbildung, bei welcher nicht die Bedingungen erfüllt zu werden brauchen, die an den leitenden Arzt zu stellen sind, entscheidet der Regierungs-Präsident event. nach Anhörung der Besuchs-Commission. Die Anstellung, vor welcher der leitende Arzt gehört werden kann, unterliegt der Zustimmung des Regierungs-Präsidenten, dem auch die Dienst-Anweisung vorzulegen ist. Der Regierungs-Präsident kann in besonderen Fällen gestatten, dass einer der beiden Aerzte in unmittelbarer Nähe der Anstalt wohnt, sofern telephonische oder sonst ausreichende Verbindung gesichert ist. Falls ein ausnahmsweise geringer Wechsel und die Beschaffenheit der Kranken die Anstellung eines zweiten Arztes trotz eines Krankenbestandes, wie in Abs. 1 angegeben, nicht erforderlich erscheinen lässt, ist nach Anhörung der Besuchs-Commission an den Minister der Medicinal-Angelegenheiten zu berichten. Ebenso ist zu verfahren, wenn die Besuchs-Commission in einem bestimmten Fall eine Abweichung von den in 3 angegebenen Verhältnissen wegen der Besonderheit der Kranken für erforderlich oder für zulässig hält. 5. Sind mehr als 300 Geisteskranke oder mehr als 600 Epileptische in Behandlung, so kann für je 100 Geisteskranke und je 200 Epileptische die Anstellung eines weiteren Arztes angeordnet werden nach Maassgabe der Bestimmungen in No. 4. § 20. Der Unternehmer hat dem leitenden Arzte namentlich folgende Obliegenheiten zu übertragen:

2. Jeder Krankenkasse von der Einrichtung des Krankenhauses in ein bestimmtes Buch einzutragen. 4. Die Anordnung einer etwaigen Einschränkung eines Kranken (durch sogenannte Jacken, Binden, etc. (Richtungen)). Die Eintragung geschieht wie in No. 3 in ein bestimmtes Buch. 5. Die Beantwortung aller schriftlichen und mündlichen von Behörden, Anverwandten und gesetzlichen Vertretern, soweit auf den Zustand der Kranken, ihre Behandlung, Beschäftigung, Verlegung oder Entlassung pp. beziehen (vgl. auch §§ 6c, 12, 13, 21 Ziffer 1, 2 und 3). 6. Ausserdem darf der Unternehmer Verlegen die Ordnung der Beschäftigung nach ihrer Art, Dauer, Beaufsichtigung, wie auch die des einzelnen Kranken, die allgemeine Regelung, sowie die Vertheilung des Pflegepersonals auf die einzelnen Räume, Gärten u. s. w., die Festsetzung der Dienstzeit, von Nachtruhen, Erholungsgelegenheiten nur unter Zustimmung des leitenden Arztes nehmen. Es ist hierauf bei der Dienstanweisung (§ 19, 2) Rücksicht zu nehmen. Für jeden Kranken müssen Personalacten mit ärztlicher laufender Krankengeschichte, worin auch die Behandlung in der Vergangenheit und das Vorleben zu berücksichtigen ist, vorhanden sein. Sie sind in 1. Aufnahme, Beurlaubung, Entlassung, Entmündigung u. s. w. in 2. Abschnitte geordnet enthalten. 2. Für jedes Mitglied des Pflegepersonals ein Actenstück mit Namen, Alter, Dienststellung, Datum des Eintritts und Austritts (§ 20, 1) anzulegen. Zeugnisse und Ausweise sind anzufügen. Für das Pflegepersonal ist, soweit erforderlich, durch Anfragen festzustellen. Der Präsident ist ermächtigt, den Erlass einer Dienstanweisung für die Kranken vorzuschreiben. 3. Es muss ein Hauptbuch (A) und eine Zu- und Abgangliste nach den beifolgenden Anweisungen geführt werden. Dabei sind auch der Abgangliste die Angaben über Art und Ausgang der Krankheit beizufügen. 4. Es sind sämtliche die Einrichtung und Verwaltung betreffenden Schriftstücke, Pläne, Verfügungen, Bescheide pp. in einem Generalacte zu vereinigen. 5. Am 1. Januar und 1. Juli jedes Jahres ist ein statistische Formular (C) von dem Unternehmer auszufüllen. Zw

ässig oder nothwendig ist. Die Gültigkeit beträgt 3 Monate vom Tage der Untersuchung. b) des Antrags des gesetzlichen Vertreters oder des zur Unter- g verpflichteten Armenverbandes. Die Aufnahme ist, wie im § 17 Absatz 2 it, anzuzeigen, wobei der Beruf der Eltern anzugeben ist. 2. Die Bestim- der §§ 6 und 9 finden Anwendung. 3. Bezüglich der Entlassung gelten die iften der §§ 10—12. Anzeige der Entlassung ist, wie in § 18 Absatz 3 be- zu erstatten. 4. Beurlaubungen können unter Zustimmung des Arztes bis zur on 6 Monaten stattfinden. § 13 Absatz 3 findet Anwendung. 5. Bezüglich ichtungen der Anstalten für jugendliche Kranke ist den allgemein gesund- izeilichen Vorschriften genügend und in allen Theilen der Anstalt Rechnung n. Auf alle Räume und Einrichtungen, die für mit körperlichen Schwäche- en Behaftete, für Unreinliche, Bettlägerige bestimmt sind, kommen ausserdemchriften über Krankenanstalten uneingeschränkt zur Anwendung. 6. Der bmer hat seine Vertretung der Ortspolizeibehörde anzuzeigen. 7. In jeder muss die ärztliche Thätigkeit genau geregelt sein. Ob die psychiatrische ng des anzustellenden Arztes im einzelnen Falle für genügend erachtet wird, et der Regierungspräsident nach Anhörung der Besuchscommission. Er hat ch Maassgabe der Vorschriften des § 19 No. 2 die Anstellung und die Dienst- it des Arztes, unter Berücksichtigung der Lago der Wohnung u. s. w. zu ge- n. Die in § 20 in Bezug auf den leitenden Arzt gegebenen Vorschriften ntsprechende Anwendung auf den Arzt der Anstalt. Die unter No. 6 daselbst e Vertheilung des Personals u. s. w. ist in erster Linie auf die zur Pflege der i bestimmten Personen zu beziehen. Soweit die Anstalt ausserdem bezüglich errichts und der Ausbildung bestimmte Aufgaben erfüllt, bleiben die Einzel- auch die Verwendung des Personals hierzu dem Unternehmer der Anstalt en, welcher jedoch, falls ärztlicherseits dem Zustande der Pfleglinge nicht ehende Maassregeln oder ein unzweckmässiges Benehmen des Personals fest- werden, alsbald Abhülfe zu schaffen hat. Anderenfalls ist nach § 20, 1 Abs. 3 hren. 8. Vollendet ein in einer Anstalt für jugendliche Kranke Verpflegter Lebensjahr, so ist sein Aufenthalt in der Anstalt unter Beifügung einer ärzt- leusserung über seinen Zustand der Staatsanwaltschaft nach Maassgabe des uzeigen. 9. Ob ein Kranker nach Vollendung des 18. Lebensjahres in der verbleiben kann, hängt von den Einzelheiten des Falles, insbesondere auch der Anstalt ab. 10. Auf Anordnung des Regierungs-Präsidenten muss die ng oder die Ueberführung eines Kranken in eine andere Anstalt auch vor ung des 18. Lebensjahres erfolgen.

### C. Gemeinsame Bestimmungen.

Beaufsichtigung. § 23. Die Privatanstalten werden regelmässig durch ständigen Kreisarzt oder dessen Vertreter und ausserdem durch eine von den n der Medicinalangelegenheiten und des Innern einzusetzenden Besuchs- sion besichtigt. § 24. Die Besichtigungen finden in der Regel unvermuthet d zwar: 1. durch den Kreisarzt oder dessen Vertreter ohne besonderen Auf- jährlich zweimal, einmal im Sommer, einmal im Winter. 2. durch die Be- mmission in der Regel einmal jährlich. Der zuständige Kreisarzt hat dieser gung beizuwohnen. Ausnahmeweise kann mit Genehmigung des Regierungs- nten eine Besichtigung kurz vorher angemeldet werden. Bei jeder Besichti- nd die Aerzte der Anstalt zur Anwesenheit und Ertheilung von Auskunft ver- . § 25. Der Kreisarzt oder dessen Vertreter hat über jede von ihm vorge- e Besichtigung dem Regierungs-Präsidenten nach Anleitung des anliegenden

Schemas zu berichten. Bei besonders ungünstigem Ausfalle der Besich dies alsbald zu geschehen. § 26. Die Besuchscommission hat nach der anweisung vom 11. Mai 1896 — M. 2527 — zu verfahren und zu berichten zur Abstellung vorgefundener Uebelstände die geeigneten Maassnahmen vor und Erwägungen von allgemeinem Interesse zur Kenntniss des Regierungszu bringen.

2. Schluss- und Uebergangsbestimmungen. § 27. Bei sä auf Grund dieser Anweisung zu erstattenden Anzeigen, welche nicht mit behändigungsscheins zugestellt werden, ist die benachrichtigte Behörde Empfangsbestätigung zu ersuchen. § 28. Unter Aerzten im Sinne dieser sind nur die im deutschen Reiche approbirten Aerzte (§ 29 der Gewerbebe verstehen. § 29. An die Stelle des Regierungs-Präsidenten tritt für den i stellen Bezirk der Polizei-Präsident von Berlin. § 30. Die Vorschriften weisung treten in Kraft, soweit nicht in den folgenden Paragraphen etw bestimmt wird. § 31. Anstalten, denen die Genehmigung zur Aufnahme Eintretender (A Abschnitt III) unter anderen Voraussetzungen, als unter § 16 Abs. 1 erteilt ist, dürfen künftig solche Kranke nicht aufnehmen. den an Anstalten bereits thätigen Aerzten kann, solange sie bei derselb verbleiben, vom Nachweise der im § 19 Ziffer 1 und 4 geforderten Vorbi Zustimmung des Regierungspräsidenten abgesehen werden. § 33. Aus de Ziffer 2 Abs. 3 angegebenen Gründen kann auch einem beim Inkrafttreten weisung eine Anstalt leitenden Arzte die Genehmigung hierzu entzogen we Anlage A.

Das Hauptbuch ist derart zu führen, dass am 1. Januar jedes Kale der Bestand — jedes Geschlecht getrennt — in der Art aufzunehmen ist am längsten in der Anstalt Befindliche mit No. 1 anfängt. An den Best sich dann in fortlaufender Ziffer die im Laufe des Jahres neu Aufgenom Mit Ablauf des Jahres wird die Reihe geschlossen. Die Kranken sind nach Eintheilung einzutragen: a) Fortlaufende Nummer. b) Vor- und Zur Kranken. c) Stand oder Gewerbe — bei Mädchen, die nur im Hause waren, und bei Unmündigen Stand des Vaters. d) Jahr und Tag d e) Religion. f) Letzter Aufenthalt vor der Aufnahme. g) Tag der h) Durch wen ist die Aufnahme veranlasst. i) Bezeichnung der Form der k) Datum der Entmündigung (Actenzeichen). l) Genaue Angabe des Vorm Pflegers (Actenzeichen). m) Tag des Abgangs mit Angabe: ob geheilt, ungeheilt, gestorben. — Im letzten Falle die letzte Krankheit oder sonst ursache. n) Bemerkungen.

Anlage B.

Die Zugangsliste enthält: Fortlaufende Nummer, Vor- und Zu Kranken, Jahr und Tag der Geburt, Aufnahme-Tag, Nummer des Haupt Kalenderjahres.

Die Abgangsliste enthält: Fortlaufende Nummer, Vor- und Zu Kranken, Jahr und Tag der Geburt, Aufnahmetag, Abgangstag, Angabe, gebessert, ungeheilt, gestorben. Nummer des Hauptbuches des Kalenderja

Anlage C.

Privatanstalt . . . für . . . in . . .

Laufende Nr. Namen des leitenden Arztes, des Unternehmers, Eig des Vorstehers, Bemerkungen. — Namen der übrigen Aerzte innerhalb, der Anstalt wohnhaft. Seit 1. Juli, 1. Januar 19 . . eingetretene Veränd

**Zahl der vorhandenen Plätze für Männer, Frauen, 1., 2., 3., 4. Classe, Summa —.**  
**Seit 1. Juli, 1. Januar 19.. vermehrt 1., 2., 3., 4. Klasse um —, Summa —,**  
**vermindert 1., 2., 3., 4. Klasse um —, Summa —. — Krankenbestand Männer,**  
**Frauen 1., 2. 3., 4. Klasse, Summa —.** Davon werden verpflegt a) auf eigene Kosten  
 oder auf Kosten der Familie, b) auf Kosten von Communalverbänden etc., c) auf  
 Kosten von Communen etc., d) ausserdem. Das 18. Lebensjahr haben nicht vollendet  
 männliche, weibliche Personen in 1., 2., 3., 4. Klasse. Summa —. Entmündigt sind  
 Männer, Frauen in 1., 2., 3., 4. Klasse, Summa —. Freiwillig eingetreten sind Aus-  
 wander 1., 2., 3., 4. Klasse, Summa —. — Bericht vom 1. Januar, 1. Juli 19.. Zu-  
 gang seit 1. Juli, 1. Januar 19.. Männer, Frauen 1., 2., 3., 4. Klasse, Summa —.  
 Davon sind 1. erstmalig aufgenommen in die Anstalt: a) freiwillig eingetreten, b) aus  
 der Familie etc., c) aus öffentlichen Anstalten für Geisteskranke, Epileptiker, Idioten  
 und zwar d) aus Privatanstalten für Geisteskranke, Epileptiker, Idioten, e) ausser-  
 dem 2. wiederholt aufgenommen in die Anstalt: a) freiwillig eingetreten, b) aus der  
 Familie etc., c) aus öffentlichen Anstalten für Geisteskranke, Epileptiker, Idioten, und  
 zwar d) aus Privatanstalten für Geisteskranke, Epileptiker, Idioten, e) ausserdem.  
 — Abgang seit 1. Juli, 1. Januar 19.., Männer, Frauen 1., 2., 3., 4. Klasse,  
 Summa —. Davon sind Männer, Frauen geheilt oder gebessert, ungeheilt 1. ent-  
 lassen a) in die Häuslichkeit, α) selbstständig oder in die eigene Familie, β) in die  
 Pflege zu fremden Familien, b) in eine andere Anstalt für Geisteskranke, Epileptiker,  
 Idioten, α) öffentliche, β) private, o) in andere Kranken-etc. Anstalten, d) anderweit,  
 e) entwichen, Summa —; 2. gestorben darunter a) Selbstmord, b) Tuberkulose. —  
**Zahl des Personals, Männer, Frauen, 1. Pflegepersonal, davon Ordensangehörige,**  
**Diakonie etc., seit 1. Juli, 1. Januar 19.. mehr, weniger; 2. ausserdem a) Bureau-,**  
**b) Dienst- etc. Personal, seit 1. Juli, 1. Januar 19.. mehr a) Bureau-, b) Dienst- etc.**  
**Personal, weniger a) Bureau-, b) Dienst- etc. Personal. — Bemerkungen.**

#### Anlage D.

Schema für den Bericht über die Besichtigung der Privat-Anstalten  
 durch den Kreisarzt.

I. Räume der Anstalt: Lage, baulicher Zustand, etwaige Veränderungen,  
 Lüftung, Beleuchtung, Heizung, Wasserversorgung, Schlafräume, Tagräume, Be-  
 schäftigungsräume, Flure, Treppen, Isolirräume, Absonderungsgelegenheit für Kranke  
 mit ansteckenden Leiden, Feststellung, ob den Anforderungen bezüglich der Grösse  
 genügt ist, Reinlichkeit der Räume, Ausstattung (Betten, Mobiliar), Abschlüsse  
 (Sicherungen der Thüren, Fenster, Oefen pp.), Badeeinrichtungen, Aborteinrichtungen,  
 Entfernung der Abgänge, des Mülls, Desinfectionsvorrichtungen, Gärten und Spazier-  
 plätze, Küche, Wäscherei, etwaige Land- und Viehwirthschaft, sonstige Bemerkungen.

II. Die Kranken (... M., ... Fr.): Bettlägerige Kranke, beschäftigte Kranke,  
 in welcher Art (Handwerk, Garten- und Feldarbeit, Hausarbeit), nicht reinliche  
 Kranke, Vorkehrungen für dieselben, zur Zeit etwa isolirte Kranke und deren Zustand,  
 tuberkulöse Kranke, Vorkehrungen bezüglich derselben, etwa an anderen Infections-  
 krankheiten Leidende, Unterbringung derselben, freiwillige Pensionäre — M., - Fr.,  
 Ernährungszustand der Kranken (Verpflegung, Speisezetteln), Reinlichkeit des Körpers,  
 etwaige Verletzungen, Entstehung derselben, Kleidung, Erkrankungsfälle, die zu be-  
 sonderen Bemerkungen Anlass geben, zur Zeit etwa angewandte mechanische Be-  
 schränkungen mit Besprechung dieser Fälle, etwaige Beschwerden der Kranken, geist-  
 liche Versorgung, Unterhaltung und Geselligkeit. ausserdem sind in der Anstalt als  
 Kranke befindlich nicht Geisteskranke: M. —, Frau —, wie getrennt? besondere Vor-



kommission seit der letzten Besichtigung, Unglücksfälle, Selbstmord, Entfernung aus der Anstalt.

III. Personal: Aerztliches — namentlich aufzuführen, Wirthschaftspersonal (Zahl und Art), Warte- und Pflegepersonal (soweit nicht aus dem statistischen Formular ersichtlich).

IV. Registratur: Hauptbuch mit den Personalien der Kranken und den Einzelheiten des Zu- und Abganges (nach Anlage A eingerichtet), Zu- und Abgangsliste (entsprechend Anlage B), Personalacten der Kranken mit Aufnahmeantrag, Aufnahmezeugniss, Bescheinigung des Empfanges der Zu- und Abgangsmeldungen, Nachweis über Entmündigung, Vormund, Pfleger und etwaige Beurlaubung, mit ärztlich geführter Krankengeschichte, Bücher für Isolirungen und Anwendung mechanischer Beschränkung.“

Die in § 26 der vorstehenden Anweisung erwähnte Besuchscommission hat folgende Geschäftsanweisung vom 11. Mai 1896: „Die Besuchscommission ist dazu bestimmt, ein Urtheil über die Leistungsfähigkeit der Anstalten und die sachgemässe Ordnung ihres Betriebes zu gewinnen. Die Besichtigung der Anstalten soll unvermuthet unter Zuziehung des zuständigen Kreisarztes stattfinden. Es kommen dabei wesentlich folgende Gesichtspunkte in Betracht: 1. Die Commission hat ihr Augenmerk auf den Zustand der Kranken zu richten. Derselbe ist durch persönliche Untersuchung festzustellen, namentlich auch bei denjenigen, welche Wünsche oder Beschwerden äussern oder welche als besonders wichtige oder schwierig zu beurtheilende Kranke von dem Anstaltsarzte auf Befragen namhaft gemacht werden. Insbesondere hat die Besuchscommission ihr Augenmerk darauf zu richten, ob in der Anstalt Personen als Kranke sich befinden, durch deren Zustand die Nothwendigkeit der Pflege in einer Anstalt nicht bedingt ist, und ob solche Personen wider ihren Willen in der Anstalt festgehalten werden. 2. Im Zusammenhange hiermit ist die Wirksamkeit der Anstalt in der Behandlung der Kranken nach jeder Richtung hin einer Prüfung zu unterwerfen. Die Maassregeln für Bettlägerige, Unruhige, Isolierte event. Tuberculöse u. s. w., ferner die Ernährung und Körperpflege der Kranken festzustellen, auch die für Beschäftigung und Bewegung im Freien getroffenen Einrichtungen zu prüfen. 3. Es ist zu erwägen, ob die ärztliche Thätigkeit nach Zahl und Ausbildung der Aerzte genügend organisirt ist. 4. Der Führung der Krankengeschichten und der Bücher über Isolirung n. s. w. ist Beachtung zu schenken. Dagegen kann die Registratur der Prüfung durch den Kreisarzt überlassen werden. 5. Von der Beschaffenheit des Wartepersonals, dem Verständnisse desselben für seine Aufgaben und von der zweckmässigen Verwendung desselben durch die Aerzte, entsprechend den Bestimmungen der Anweisung vom 26. März 1901, hat die Commission sich Kenntniss zu verschaffen. 6. Die baulichen Einrichtungen unterliegen ebenfalls der Prüfung der Commission. Dabei ist namentlich auf die technischen Besonderheiten der Anstalten für Geisteskranke, wie sie im Bau und der Ausstattung der Räume hervortreten, das Augenmerk zu richten. Die allgemein hygienischen Zustände können an der Hand der Berichte des Kreisarztes festgestellt werden, wenn nicht Besonderheiten oder Bedenken eine eingehendere Prüfung erfordern. 7. In dem von der Besuchscommission zu erstattenden Berichte sind die Punkte zu 1 bis 5 kurz zu erörtern. Die unter 6 angeführten Verhältnisse bedürfen bei längerer Zeit bestehenden Anstalten nur dann der Erwähnung, wenn bestimmte Ausstellungen oder Vorschläge zu Abänderungen zu machen sind. Bei neu eröffneten Anstalten dagegen oder bei wesentlichen Erweiterungen oder Umbauten bestehender ist seitens der Commission eine Aeusserung über die Zweckmässigkeit der baulichen und Betriebseinrichtungen, etwa nach Anlage II der Anweisung vom 26. März 1901 abzugeben.

die Commission dem Berichte des Kreisarztes beitrith. Zahlenangaben Krankenbestand und Wechsel sind nicht erforderlich, wenn nicht bestimmte Bestimmungen über Ueberfüllung, auf welche stets besonders zu achten ist, zu geringe sein u. s. w. Veranlassung hierzu geben. In jedem Berichte der Commission zu bemerken, ob dieselbe eine nochmalige Besichtigung der Anstalt im Jahre — wenn auch nur durch ein oder zwei Mitglieder — für erforderlich hält — bei nur für Unheilbare, insbesondere Idioten bestimmten (Pflege-)Anstalten geringem Umfange und unbedeutendem Wechsel im Krankenbestande eine Besichtigung im nächsten Jahre nicht für geboten erachtet.<sup>4</sup>

Bestimmungen, welche in den übrigen Bundesstaaten gelten, zum Beispiel die Min.-Entschl. vom 3. December 1895, in Sachsen: die Verordnung vom 1. October 1900, in Württemberg: die Verf. vom 18. November 1899, in Preussen: die Verordnung vom 5. October 1895 und so weiter, weichen zwar in den Einzelheiten von den preussischen Bestimmungen zum Theile ab, indessen muss man auf den Mangel an Raum von einem näheren Eingehen auf dieselben absehen, zumal sie in der Hauptsache mit den preussischen übereinstimmen. Die badenburger Verordnung vom 1. Juni 1900 siehe S. 987. Die sonstigen Bestimmungen betreffend die Fürsorge für Geisteskranke siehe das folgende Capitel.

## **Bestimmungen über die Behandlung und Verpflegung besonderer Geisteskranken.**

**1. Bestimmungen über die Behandlung und Verpflegung besonderer Geisteskranken mit geistigen Gebrechen (Geisteskranken, Idioten, Epileptische).**

**a. Allgemeines:** Ueber die Strafflosigkeit Geisteskranker siehe § 51 St.-G.-B., § 738. Ueber den Schutz geisteskranker Frauenspersonen gegen öffentlichen Missbrauch, siehe § 176, 2 St.-G.-B., S. 740. Ueber die Verantwortlichkeit nach Körperverletzung, siehe § 224 St.-G.-B., S. 741. Ueber die strafrechtliche Freiheitsberaubung eines Menschen, z. B. eines Irren, der nicht anstaltsbedürftig ist, siehe § 239 St.-G.-B., S. 741 und § 240 St.-G.-B., S. 748. Ueber die Unterbringung eines Angeklagten, dessen Verdachte steht, geisteskrank zu sein, siehe § 81 St.-Pr.-O., Ueber den Strafaufschub wegen Geisteskrankheit, siehe §§ 485, 486 St.-Pr.-O., S. 744. Ueber die Anrechnung der von einem Verurtheilten in der Strafvollstreckung in einer Irrenanstalt verbrachten Strafbüsse, siehe § 493 St.-Pr.-O., S. 744. Ueber die Entmündigung und Geschäftsunfähigkeit von Geisteskranken, siehe §§ 6, 104, 105, 106—110, 2229, 2230 B. G.-B., SS. 744, 745, 746, sowie Artikel 155 des Gesetzes zum B. G.-B., S. 752 und §§ 645, 646, 656 der C.-Pr.-O.,

Ueber die Unterbringung Geisteskranker in eine geordnete Anstalt: In allen Bundesstaaten zum Gegenstand eingehender Vorschriften gemacht. Bestimmungen über die Aufnahme von Geisteskranken in öffentliche und private Anstalten sind schon früher behandelt, siehe SS. 984 ff. Je früher ein Irre in die irrenärztliche Behandlung gebracht werden, desto grösser ist die Aussicht auf Heilung, wenn diese überhaupt möglich ist. Es liegt nicht nur im Interesse des Kranken, sondern auch der Angehörigen derselben, dass die Geisteskranken in Irrenanstaltspflege möglichst zu Beginn ihres Leidens gegeben werden, deren Verfügungen des badischen Min. des Innern vom 3. October 1895

dem Interesse der Allgemeinheit dringende Bedeutung.  
Reglement für die Provinz Schlesien: „wenn der Kranke todsüchtig  
in denen er bei der ihm gelassenen Freiheit der persönlichen  
Umgebung gefährlich werden kann, oder sich selbst nach dem Leben  
eine fortwährende Ueberwachung zur Abwendung eines Selbstmordes  
oder wenn der Kranke so unreinlich ist, dass seine Pflege lästig  
Umgebung wird, oder wenn er die öffentliche Ruhe, Ordnung  
einem solchen Grade stört, dass er aus dringenden polizeilichen  
sonderem Gewahrsam und unter fortwährender Aufsicht gehalten  
die Ortspolizeibehörde in allen Bundesstaaten berechtigt und verp-  
bringung eines solchen Kranken in eine geeignete Heilanstalt anzu-  
genfalls mit Zwang durchzuführen.

In Preussen beruht diese Verpflichtung der Ortspolizeibeh-  
Landrecht, Theil II, Titel 17, § 10: „die nöthigen Anstalten  
öffentlichen Ruhe, Sicherheit und Ordnung, und zur Abwendung  
oder einzelnen Mitgliedern desselben bevorstehenden Gefahr zu  
der Polizei“ und auf § 6 des Gesetzes über die Polizeiverwaltung  
(G. S., S. 265): „Zu den Gegenständen der ortspolizeilichen Vo-  
a) der Schutz der Personen und des Eigenthums; b) Ordnung, Sic-  
tigkeit des Verkehrs auf öffentlichen Strassen, Wegen und Plätze  
und Gewässern; c) der Marktverkehr und das öffentliche Feilhal-  
mitteln; d) Ordnung und Gesetzlichkeit bei dem öffentlichen Zu-  
grösseren Anzahl von Personen; e) das öffentliche Interesse in  
nahme und Beherbergung von Fremden; die Wein-, Bier- und  
und sonstige Einrichtungen zur Verabreichung von Speisen und Ge-  
für Leben und Gesundheit . . .“

In Bayern sagt Art. 80 des Polizeistrafgesetzbuches vom 2  
„hat ein Blödsinniger oder Geisteskranker einen Angriff gegen Pers-  
Eigenthum bewirkt oder die öffentliche Sittlichkeit verletzt un-  
rechnungsfähigkeit des Beschuldigten entweder ein Strafverfahren g-  
worden oder ein das Strafverfahren einstellendes Erkenntniss erfi-

der Verwahrung unter geeigneter Eröffnung über das Recht der Be-  
rathung zu erfolgen. Soweit veranlasst und thunlich, ist auch die Einver-  
tretenden geisteskranken Person und die Mittheilung des gefassten Be-  
schlusses dieselbe zu bethätigen. Sofern im öffentlichen Interesse die Unterbringung  
noch vor der distriktpolizeilichen Beschlussfassung bethätigt werden  
muss, so ist diese mit thunlichster Beschleunigung und Beachtung der unter Ziffer 1  
angeführten Gesichtspunkte nachzuholen.“

den sind maassgebend § 97 des Polizeistrafgesetzbuches und §§ 3, 4 der  
Verordnung vom 3. October 1895, welche lautet: „§ 3. Ohne An-  
wesenheit der in §§ 1 und 2 bezeichneten Betheiligten kann die Aufnahme eines Geistes-  
kranken in eine öffentliche Irrenanstalt stattfinden: 1. auf  
Antrag des Bezirksamts, in dessen Bezirk der Kranke sich aufhält, wenn der-  
selbe einer Seelenstörung befallen ist, die ihn für sich oder andere gefährlich  
für die öffentliche Schicklichkeit anstössig macht, oder wenn er in Bezug auf  
Schutz, Verpflegung oder ärztlichen Beistand verwahrlost wird. In einem  
solchen Falle hat das Bezirksamt a) die Zeugen, welche über den Zustand des Kranken  
auskunfts geben können, zu vernehmen; b) den Gemeinderath darüber zu hören, ob  
nicht in anderer Weise, als durch Aufnahme in die Anstalt passend unter-  
gebracht werden könne und c) die in § 1 Ziffer 1 erwähnte Schilderung der Seelen-  
erhebung. Auf Grund dieser Erhebungen, zu welchen geeigneten Falls noch  
die Direction der in Frage kommenden Irrenanstalt einzufordern ist,  
das Bezirksamt nach Berathung mit dem Bezirksrathe darüber, ob die-  
selben den Kranken in eine öffentliche Irrenanstalt anzuordnen sei oder nicht und  
in ersteren Falls die Direction zum Vollzuge; 2. auf Anordnung des Ge-  
richts, dasselbe die Aufnahme eines Angeschuldigten zur Beobachtung ver-  
fügt; 3. auf Anordnung des Gerichts, wenn dasselbe als Vormundschaftsgericht  
ne für erforderlich hält; 4. auf Anordnung des Ministeriums der  
Geistesheilkunde und Unterrichts bei Strafgefangenen. Die Entlassung eines  
Kranken nach Anordnung (Ziffer 1—4) in eine öffentliche Irrenanstalt aufgenommen  
wird nur mit Genehmigung der Behörde, welche die Aufnahme angeordnet  
hat.“ § 4. In dringenden Fällen kann die sofortige fürsorgliche Auf-  
nahme eines geisteskranken oder Geistesschwachen in eine öffentliche Irrenanstalt  
1. auf Antrag der nächsten Angehörigen (§ 1 Ziffer 1) oder des Vor-  
standes der Irrenanstalt, wenn zuvor die Dringlichkeit entweder durch Anführung von  
Zeugen nachgewiesen und seitens des Bezirksamts oder Bezirksarztes bestätigt  
worden ist, oder mittelst persönlicher Untersuchung des Kranken seitens des Vorstandes  
der Irrenanstalt des Landes festgestellt ist; 2. beim Mangel eines An-  
trags unter Ziffer 1 bezeichneten Personen auf Antrag des Bezirksamts des Wohn-  
orts des Kranken, wenn dasselbe in den Fällen des § 2 oder des  
§ 3 die unverzügliche Aufnahme für nöthig erachtet. Der Direction der  
Irrenanstalt bleibt die Prüfung und Anerkennung der Dringlichkeit der  
Aufnahme vorbehalten und es darf die Zuführung des Kranken nur mit ihrer Zu-  
stimmung erfolgen. Die zur endgültigen Aufnahme nöthigen Verhandlungen müssen  
sofort eingeleitet werden.“

in Preussens ist maassgebend die Verfügung des Minist. des Innern vom  
1899, insbesondere § 16. Ausnahmsweise, insbesondere wenn die  
Aufnahme in eine Anstalt eine dringliche und der Transport der Kranken in  
solchen Verhältnissen, namentlich der Entfernung nach zu schwierig  
ist, die Unterbringung von Geisteskranken auch in andere als Irren-  
anstalten angeordnet werden. Jedoch soll diese Unterbringung nur als eine vorüber-

ausgestellt sein. § 6. Vorübergehend können in solchen öffentlichen Anstalten (§ 5) Geisteskranke und Geistesschwache aufgenommen werden, wenn ein Zeugniß des für den Wohnort oder Aufenthaltsort des Kranken zuständigen Bezirksarztes bestätigt wird, dass die Aufnahme ins Krankenhaus dringlich und die Unterbringung in einer Irrenanstalt ausführbar ist. Erfolgt nicht binnen 14 Tagen nach der Aufnahme die Verbringung des Kranken in eine Irrenanstalt, so hat der Vorstand dem zuständigen Bezirksamt (§ 1 Ziffer 1) die geschehen züglich anzuzeigen und die Actenstücke, auf Grund derer die Aufnahme, nebst einer gutachtlichen Aeusserung des Krankenhausarztes vorzulegen, dem Bezirksamt erörtert nach Vernehmung der nächsten Angehörigen (§ 1 Ziffer 2) des Bezirksarztes, geeigneten Falls des behandelnden Arztes, der Zeugraths, Armenverbands, die Krankheits- und sonstigen Verhältnisse zu Prüfung derselben eine den Betheiligten zu eröffnende Entscheidung über die fernere Unterbringung im Krankenhaus zulässig sei oder nicht, ob die Ueberführung des Kranken in eine öffentliche Irrenanstalt nach § 3 Ziffer 1 anzuordnen sei. Vorstehende Bestimmungen finden Anwendung auch in dem Falle, wenn ein Pflegling, der nicht wegen Geisteskrankheit in die Anstalt aufgenommen wurde, erst nach der Aufnahme sich als Geisteskranker erweist. § 7. Von jeder dauernden oder vorübergehenden Aufnahme eines Kranken oder Geistesschwachen in eine öffentliche Krankenanstalt, Aufnahme eines Kranken in eine Privatirrenanstalt hat der Vorstand der Anstalt, in dessen Bezirk die Anstalt gelegen ist, binnen 24 Stunden der Aufnahmepapiere Anzeige zu erstatten. Desgleichen sind die Vorstände verpflichtet, jeden Abgang eines Geisteskranken oder Geistesschwachen aus ihrer Anstalt durch Austritt oder Ableben binnen 24 Stunden dem Bezirksamt, in dessen Bezirk die Anstalt gelegen ist, anzuzeigen.“

Ausführlich werden diese Bestimmungen durch die Verfügung des Ministers des Innern vom 7. Mai 1896 erläutert: „Wir sehen uns bezüglich der Aufnahme von Geisteskranken in öffentliche Krankenanstalten

ich, die Unterbringung in einer öffentlichen Irrenanstalt des Landes aber nicht ausführbar sei, weil auf Anfrage bei der Direction einer staatsan-  
stalt eine ablehnende Antwort erfolgte, oder der Zustand des Kranken  
Transport in die Irrenanstalt augenblicklich unmöglich mache (§ 6 Abs. 1  
Ordnung). Aus der gleichen Erwägung sollen heilbare Geisteskranken in  
Nothfällen in öffentlichen Krankenanstalten nicht länger als unbedingt  
nötig belassen, vielmehr nach Beseitigung des Hindernisses, welches  
die ablehnende Antwort der Irrenanstalt oder durch den Zustand des Kranken  
entstand, alsbald in die Irrenanstalt überführt werden. Die zur  
Ueberführung des Kranken in die öffentliche Irrenanstalt nöthigen Verhandlungen sind  
soweit sie nicht schon vor der Aufnahme in das Krankenhaus gepflogen  
worden, nach der Unterbringung daselbst unverzüglich einzuleiten bezw.  
zu beschleunigen, insbesondere darf nicht etwa bis nach Ablauf der in § 6 Abs. 2 der  
Ordnung bestimmten 14tägigen Frist damit zugewartet werden. Das in § 6 Abs. 2  
vorgeschriebene Verfahren bezweckt lediglich, ein länger andauerndes Ver-  
weilen vorübergehend aufgenommenen Geisteskranken in dem Krankenhause da-  
zu verhüten, dass, wenn die Verbringung desselben in eine Irrenanstalt nicht  
frühestens 14 Tagen erfolgte, nunmehr jedenfalls durch das Bezirksamt ge-  
prüft werde, ob die Gründe vorübergehender Aufnahme fortdauern, oder nicht die  
Unterbringung in eine öffentliche Irrenanstalt zu bewirken sei. Da die vorübergehende  
Aufnahme von heilbaren Geisteskranken in öffentliche Krankenhäuser, wie oben be-  
merkt, auf Grund eines bezirksärztlichen Zeugnisses erfolgen darf und dieses  
von dem zur Beaufsichtigung der betreffenden Krankenanstalt berufenen Be-  
zirksarzt (§ 23 der Dienstanweisung) binnen 24 Stunden nach der Krankenhauseuf-  
nahme vorzulegen ist (§ 7, Abs. 1 der Verordnung), wird der letztere spätestens von  
dem Zeitpunkte ab in der Lage sein, die rechtzeitige Ueberführung des Geistes-  
kranken in eine Irrenanstalt zu überwachen bezw. anzubahnen und auf deren Be-  
schleunigung hinzuwirken. Er wird diese Fürsorge schon früher und um so nach-  
drücklicher bethätigen können, wenn die Spitalaufnahme von ihm selbst bewirkt  
oder das betreffende Krankenhaus seiner eigenen ärztlichen Leitung unter-  
steht, wenn wir noch auf die Bedeutung hinweisen, welche einer raschen psychia-  
trischen Behandlung für den Heilerfolg zukommt, sprechen wir die Erwartung aus,  
dass die Grossherzoglichen Bezirksärzte der Aufnahme von heilbaren Geisteskranken  
in öffentliche Krankenanstalten besondere Aufmerksamkeit in dem Sinne zuwenden  
werden, dass diese Aufnahme auf Nothfälle der bezeichneten Art beschränkt bleibe  
und die Ueberführung aus der Krankenanstalt in eine Irrenanstalt jeweils mit thun-  
samer Beschleunigung erfolge. Bezüglich der Herbeiführung der sofortigen fürsorg-  
lichen Aufnahme in eine öffentliche Irrenanstalt wird auf die Bestimmungen in § 4  
der Verordnung vom 3. October 1895<sup>1)</sup> verwiesen.“

1) In den meisten preussischen Regierungsbezirken sind ähnliche Vor-  
schriften in Geltung. So ordnet die Verfügung des Regierungspräsidenten in Minden  
vom 1. März 1898 nachstehendes an: „1. In allgemeine Krankenanstalten, sowie in  
sonstigen öffentlichen Geistesheilanstalten, Geistesschwache oder Blödsinnige zu längerer  
dauernder Verpflegung nur auf Grund eines ärztlichen Zeugnisses aufgenommen  
werden, in dem die Form der geistigen Störung angegeben und ausdrücklich beschei-  
det, dass der aufzunehmende Geisteskranke u. s. w. weder heilbar noch unruhig  
sich zur Unterbringung in eine derartige Anstalt eignet. 4. Die Kreisärzte  
nehmen an den alljährlichen Revisionen der allgemeinen Krankenanstalten und Siechen-

häuser auf die in diesen etwa untergebrachten Geisteskranken, Geistesschwachen und Blödsinnigen ihr besonderes Augenmerk zu richten und sich davon zu überzeugen ob die Art ihrer Unterbringung mit Rücksicht auf den Charakter ihrer Geisteskrankheit und auf die sonstigen Verhältnisse als eine zweckentsprechende angesehen werden kann. Erscheint ihnen die Ueberführung der betreffenden Personen in eine Irrenanstalt als nothwendig, so haben sie sofort darüber dem zuständigen Landrath entsprechende Mittheilung zu machen, damit dieser das Weitere veranlasst.“

c) Transport von Geisteskranken. Ausser den bei dem Transporte von Kranken im Allgemeinen zu beachtenden Bestimmungen (siehe den Abschnitt: „Krankentransport“) sind überall über die Ueberführung von Geisteskranken besondere Bestimmungen erlassen. So schreibt der Erlass des Württembergischen Ministers des Innern vom 18. April 1899 vor: „1. Bezüglich der Art der Einlieferung eines Geisteskranken in eine Irrenanstalt, sowie bezüglich der Behandlung des Kranken auf der Reise ist mit dem behandelnden Arzt oder dem Oberamtsarzt Rücksprache zu nehmen. 2. Dem Kranken sind, sofern derselbe nach dem Urtheile des Arztes nicht allein reisen kann, ein oder wenn nöthig mehrere durchaus zuverlässige Begleiter beizugeben, welche für die ordnungsmässige Verbringung des Kranken in die Irrenanstalt verantwortlich zu machen sind. Weibliche Kranke sollen, wenn irgend möglich, nur von weiblichen Personen begleitet werden. Dem Begleiter ist eine Einlieferungsurkunde mitzugeben. 3. Der Begleiter ist über die Behandlung des Kranken auf der Reise mündlich zu instruiren. Zwangsmaassregeln dürfen auf der Reise nicht angewendet werden, es sei denn, dass dieselben als unumgänglich nothwendig ärztlich zugelassen werden. In letzterem Falle ist dem Begleiter eine entsprechende schriftliche Bescheinigung des Arztes zuzustellen, welche er mit der Einlieferungsurkunde an die Direction der betreffenden Irrenanstalt abzugeben hat. Ohne ärztliche Erlaubniss ist die Anwendung von Zwangsmaassregeln auf der Reise nur dann zulässig, wenn sich der Begleiter gegen plötzliche Gewaltthätigkeiten des Kranken nicht anders zu schützen vermag. Jede Misshandlung des Kranken ist dem Begleiter strengstens zu untersagen. 4. Ueber die erfolgte Einlieferung des Kranken ist dem Begleiter seitens der Direction der betreffenden Irrenanstalt eine Bescheinigung auszustellen. Die genannten Behörden werden für Einhaltung dieser Vorschriften verantwortlich gemacht. Die Directionen der Irrenanstalten sind angewiesen, etwaige Zuwiderhandlungen zur Kenntniss des K. Medicinalcollegiums zu bringen.“

In ähnlicher Weise hat der Bayerische Minister des Innern unter dem 21. Januar 1899 Folgendes bestimmt: „1. Die Leiter der unter Aufsicht der königlichen Regierungen, Kammern des Innern, bezw. der Distriktpolizeibehörden stehenden Irren- und Blödenanstalten haben, sobald sich die Nothwendigkeit des Transportes von Geisteskranken oder Blödsinnigen mittelst Eisenbahn ergibt, vor Einleitung des Transportes mit dem Vorstande der Station, von welcher aus die Reise angetreten wird, bezw. bei einer Localbahnstation mit der Localbahnbetriebsleitung rechtzeitig in das Benehmen zu treten und hierbei ausser der Zahl der zu befördernden Geisteskranken bezw. Blödsinnigen und ihrer Begleitpersonen auch die Bestimmungsstation des Transportes und die für letzteren in Aussicht genommenen Züge zu bezeichnen. Schnellzüge und Vorortzüge, sowie die für den Ausflugsverkehr bestimmten Züge, welche überwiegend Wagen des Intercommunicationssystems führen, eignen sich auf Hauptbahnen nicht zur Beförderung von Geisteskranken. 2. Die Begleitpersonen haben den Anordnungen des Stationsvorstandes bezw. Betriebsleiters hinsichtlich der Einzelheiten des Transportes innerhalb des Bahnrayons Folge zu leisten und sich überhaupt thunlichstes Zusammenwirken mit dem Bahnpersonal anzuzeigen. 3. In allen anderen Fällen, insbesondere beim Transport zu

zu Wagen ist in Bezug auf Zeit und Art der Weiterbeförderung jene Form sports zu wählen, bei welcher Störungen der öffentlichen Ruhe, Beschädigung von Geisteskranken, Verletzungen des Anstandes und dergleichen möglichst aus-  
 4. Bei der Verbringung Geisteskranker und Blöder aus der Privat- Irren- oder Blödenanstalten ist, soweit thunlich, auf Beachtung der vor- unter 1—3 ertheilten Directiven hinzuwirken, namentlich ist bei dem Trans-  
 Personen, deren Unterbringung gemäss Artikel 80 Absatz II und 81 des Polizeistrafgesetzbuches angeordnet wurde, nach diesen Vorschriften zu  
 „

einer Erregung der Kranken vorzubeugen ist in Preussen angeordnet, dass führung von Geisteskranken durch nicht uniformirte Begleitpersonen statt-  
 hat. Durch den Ministerialerlass vom 10. August 1900 ist wiederholt darauf  
 am gemacht, dass es zu vermeiden ist, bei der Ueberführung von weiblichen  
 in eine Anstalt für Geisteskranke oder epileptische Personen männlichen  
 its zur Begleitung zuzulassen. „Soweit es nicht die nächsten männlichen  
 gen sind, erscheint eine solche Begleitung nur statthaft, wenn bei besonders  
 en Fällen das Bedürfniss besteht, der weiblichen Begleitung der Kranken  
 ; männliche Hülfe zuzuordnen.“

Fürsorge für die ausserhalb der Irrenanstalten in Familien- lebenden Geisteskranken, Idioten und Epileptischen. § 105  
 issischen Dienstanweisung für die Kreisärzte vom 23. März 1901 lautet:  
 Privatpersonen in fremden Familien untergebrachten Geisteskranken, Epi-  
 n und Idioten sind in Gemässheit der in einzelnen Bezirken bestehenden  
 ten zu beaufsichtigen. Als Beispiel für derartige Vorschriften wurde durch  
 issischen Ministerialerlass vom 25. April 1898 die nachstehende durch  
 erungs-Präsidenten in Düsseldorf unter dem 20. October 1894 erlassene Ver-  
 mpfahlen, deren Bestimmungen inzwischen in den meisten Regierungsbezirken  
 tung erlangt haben: „I. Von jedem Bürgermeister ist alljährlich ein nament-  
 rzeichniss aller in dem betreffenden Polizeibezirk befindlichen Geisteskranken,  
 hwichen und Blödsinnigen nach dem beigefügten Schema aufzustellen, sofern  
 nicht in ausschliesslich zur Aufnahme solcher Personen dienenden Anstalten  
 acht sind. Die Spalten 9—13 und 15 sind regelmässig bei den ersten Auf-  
 fer hier in Betracht kommenden Personen in dem Verzeichniss auf Grund  
 er Angaben eines Arztes (eventuell des Armen- oder Gemeindefarztes) auszu-  
 Nur in denjenigen Fällen, bei denen ein Grund zur Annahme einer Ver-  
 g des Krankheitszustandes vorliegt, ist bei der Aufstellung der späteren  
 e ärztliche Mitwirkung in gleicher Weise erforderlich. II. Das Verzeichniss  
 em Bürgermeister am 1. Februar eines jeden Jahres an das Landrathsamt  
 hen. III. Der Landrath nimmt unter Zuziehung des Kreisarztes eine  
 dieser Zusammenstellungen vor. Sofern dieselben zu Bedenken Veranlassung  
 d eine genügende Aufklärung und Erledigung derselben durch Rückfragen  
 eicht wird, behalte ich mir vor, falls nicht diesseits ein sofortiges Ein-  
 für geboten erachtet wird, auf Grund der nach Punkt IV dieser Anordnung  
 stattenden Berichte die Untersuchung der betreffenden geisteskranken u. s. w.  
 durch den zuständigen Kreisarzt anzuordnen. Wo besondere Uebel-  
 ahrgenommen wurden und die Abstellung derselben in den bisherigen Ver-  
 1 nicht zu erreichen und sicher zu stellen ist, insbesondere auch, wo der  
 tzustand dies erfordert, hat die Unterbringung der betreffenden Geistes-  
 u. s. w. in eine geeignete Anstalt zu erfolgen. IV. Ein eingehender Bericht  
 rich am 1. Juli unter Beifügung eines Abschnittes oder Verzeichnisses



seitens der Landräthe an mich zu erstatten. V. Diese Bestimmungen finden auf die Stadtkreise sinngemässe Anwendung.

Schema: 1. Laufende Nummer, 2. Vor- und Zuname, 3. Lebensalter, 4. Religion, 5. Stand und Gewerbe, 6. Unterstützungswohnsitz, 7. gegenwärtiger Aufenthaltsort des Geisteskranken. 8. Ist er unterstützungsbedürftig? 9. Form der Geisteskrankheit; 10. Dauer derselben. 11. Ist der Kranke gemeingefährlich? 12. Art der Unterbringung und Verpflegung. 13. Art der ärztlichen Behandlung. 14. Ist der Kranke entmündigt? 15. Bemerkungen namentlich bezüglich Punkt 11, sowie etwaige Vorschläge zur Abhülfe.<sup>4</sup>

Dieselben Bestimmungen bestehen in Bayern schon seit dem Ministerialerlass vom 30. December 1851 und sind durch den Ministerialerlass vom 15. Mai 1876 wieder in Erinnerung gebracht worden. Auch in den meisten übrigen Bundesstaaten ist die Ueberwachung der in Familienpflege untergebrachten Geisteskranken den beamteten Aerzten übertragen.

e) Besondere Bestimmungen über Idioten und Epileptische. Ueber die besondere Behandlung und den besonderen Unterricht geistig schwacher und epileptischer Schulkinder siehe S. 896 ff. Zur Aufnahme von Idioten und Epileptischen in die öffentlichen Anstalten müssen meist besondere Fragebogen beigebracht werden, deren Ausfüllung den beamteten oder behandelnden Aerzten zufällt. Als Muster werden die durch Reglement vom 28. Februar 1893 für Anstalten der Provinz Brandenburg erforderten Formulare abgedruckt:

„a) Fragebogen für das ärztliche Zeugniß zur Aufnahme eines Epileptischen.

Des Kranken Vor- und Familienname . . . Stand oder Gewerbe . . . Ort, Tag, Jahr der Geburt . . . Letzter Wohnsitz bzw. Aufenthaltsort . . . Glaubensbekenntniß . . . Familienstand (ledig, verheirathet, verwittwet, geschieden und seit wann?) Fragen: 1. Wer und wo sind die Eltern des Kranken? . . . Sind sie mit einander verwandt und in welchem Grade? . . . 2. Sind Epilepsie, Geistes- oder Nervenkrankheiten (und welche) oder Trunksucht oder Selbstmord vorgekommen bei des Kranken I. Vater? . . . Mutter? . . . II. Grosseltern? . . . Onkel? . . . Tante? . . . a von Vater Seite? . . . b) von Mutter Seite? . . . III. Geschwister? . . . 3. Leiden oder litten Kinder des Kranken an Epilepsie? . . . Oder an einer anderen Nervenkrankheit oder an Geisteskrankheit? . . . 4. Wann zeigten sich bei dem Kranken die ersten Symptome der Krankheit? . . . Bestanden dieselben von Anfang an in Krampfanfällen oder waren einfache Schwindelanfälle die ersten Erscheinungen? . . . 5. Wie häufig treten die Anfälle auf? . . . Regelmässig oder unregelmässig? . . . Bei Tag? . . . Bei Nacht? . . . 6. Worin besteht der einzelne Anfall? In Krämpfen oder nur in Schwindelanfällen? . . . Gehen dem Anfall Vorzeichen voraus und welche? . . . Schwindet das Bewusstsein des Kranken vollständig oder nur theilweise? . . . Ist er nachher schlafsuchtig oder aufgereg? . . . 7. Wie lange dauert ein Anfall? . . . Hält sich der Kranke im Anfall rein? . . . 8. Ist der Kranke sonst körperlich gesund? . . . Wenn nicht, mit welchem anderen Leiden ist er behaftet? . . . 9. Wie ist das Verhalten des Kranken in der anfallfreien Zeit? . . . Bemerkt man an ihm Abnahme der Geisteskräfte, besonders des Verstandes und des Gedächtnisses? . . . Hat er besondere Neigungen oder auffallende Ideen und Angewohnheiten? . . . 10. Hat der Kranke Schulkenntnisse? . . . Hat er die Schule besucht? . . . Wie waren die Leistungen in der Schule? . . . 11. Welches ist die muthmaassliche Entstehungsursache der Epilepsie? . . . Erbliche Anlage? . . . Aeussere Verletzung? . . . Schreck? . . . Ueberstandene Krankheiten (Hirn- oder Nervenkrankheit, Scharlach, Masern u. s. w.)? . . . 12. Wurde der Kranke ärztlich behandelt? . . . Wann, wie und mit welchem Er-

13. Ist der Kranke der Anstaltspflege bedürftig und aus welchen Gründen? Herrschen zur Zeit an dem Aufenthaltsort des Kranken contagiöse Infektionen (Blattern, Diphtheritis, Cholera, Ruhr u. s. w.)? . . . Die Richtigkeitsstehenden Angaben nach meinen eigenen Wahrnehmungen und den mir glaubwürdigen Mittheilungen versichere ich an Eidesstatt. . . . den . . . ten . . . (Unterschrift.)

Fragebogen für das ärztliche Zeugniß zur Aufnahme eines Idioten.

analen wie zu a. Fragen: 1. Ist die Schwachsinnigkeit oder der Blödsinn angeboren und sind andere Glieder der Familie blödsinnig, oder ist erst durch besondere Veranlassungen blödsinnig geworden und durch . . . 2. Wann und wie zeigte sich der Blödsinn zuerst? . . . 3. Hat das abnorme Kopfbildung? . . . 4. Kann das Kind sehen, hören, riechen? . . . als Kind gehen? . . . 6. Kann das Kind seinem Alter gemäss sprechen? . . . sich besondere Schwächen einzelner Körpertheile? Ist der Mund geöffnet, Speichel herausfließt? . . . 8. Zeigt das Kind in seinem äusseren Verhalten oder Unruhe? Ist es zerstörungssüchtig? . . . 9. Leidet es an Krämpfen? . . . 10. Meldet es seine natürlichen Bedürfnisse an oder ist es unzufrieden? . . . 11. Hat es auffallende Angewohnungen, Unarten, Liebhabereien? . . . gegen die Aussenwelt gleichgültig oder theilnehmend? . . . 13. Welche Eigenschaften zeigen sich: Traurigkeit, Scheu, Heftigkeit oder Freundlichkeit, Sanftmuth u. s. w.? . . . 14. Liegt der Verdacht der Selbstbefleckung vor? . . . 15. Hat das Kind schon einige Schulkenntnisse oder mechanische Fertigkeiten angeeignet? . . . Wie waren die Leistungen in der Schule? . . . 16. Ist gegenwärtig frei von körperlichen, namentlich ansteckenden Krankheiten? Herrschen zur Zeit an dem Aufenthaltsort des Kindes ansteckende Krankheiten (Blattern, Cholera, Typhus, Diphtheritis, Ruhr u. s. w.)? . . . 18. Ist das Kind der Anstaltspflege bedürftig und aus welchen Gründen? . . . Die Richtigkeit der Angaben nach meinen eigenen Wahrnehmungen und den mir glaubwürdigen Mittheilungen versichere ich an Eidesstatt. . . . am . . . ten . . . (Unterschrift.)

zur Aufnahme von Epileptischen und Idioten in Privatanstalten siehe S. 926.

#### Anhang:

Schriften für die Pflege Geisteskranker, Idioten und Epileptischer. Die sächsische Pflegerordnung (siehe S. 926) enthält folgende Bestimmung:

„§ 32. Pflege Geisteskranker und Blöder.

**Sonderung in Einzelzimmern:** Die Absonderung von Kranken durch Verbringung in Einzelzimmer haben die Pfleger nie eigenmächtig zu verfügen. Die Absonderung darf in der Regel nur auf Anordnung des Arztes, und wenn in Nothfällen ein solcher nicht schnell genug zu erlangen ist, auf Anordnung des Oberpflegers erfolgen. Ueber die in einem solchen Falle von ihm ausnahmsweise angeordnete Absonderung eines Kranken hat der Oberpfleger alsbald nachträglich Meldung zu erstatten. Diese Meldung hat, wenn die Absonderung sich während der Nachtzeit nöthig machte, die Umstände aber die Herbeirufung des Arztes nicht erforderten, jedenfalls sofort am nächsten Morgen zu erfolgen. Bei der Ausführung der Absonderung ist jederzeit genau nach den deshalb erteilten ärztlichen Vorschriften zu verfahren. Abgesonderten Kranken hat der Pfleger stete Aufmerksamkeit zu widmen. Er hat sich fortgesetzt von ihrem Ergehen und Gebahren in Kenntniss zu erhalten. 3. Vermeidung verletzender Bezeichnungen: Den Kranken gegenüber ist die Bezeichnung ihres Zustandes mit Ausdrücken, wie: „Narrheit“, „Verrücktheit“, „Tollheit“ und dergleichen unbedingt zu vermeiden. 4. Vergangenheit der Kranken: Der Pfleger darf weder selbst dem Kranken Vorfälle oder Vergehungen aus dessen Vergangenheit zum Vorwurf machen, noch darf er dies von Anderen dulden, noch Anderen über dergleichen Mittheilung machen. Ebenso wenig ist der Kranke zu dergleichen Eröffnungen zu ermuntern oder in seinen irrsinnigen Aeusserungen zu bestärken. 5. Zeit des Aufstehens und Zubettgehens: Die Pfleger müssen regelmässig früh mindestens  $\frac{1}{2}$  Stunde eher als die Kranken das Bett verlassen und Abends die Letzten sein, welche zu Bett gehen. 6. Gelegentliche körperliche Besichtigung: Die Zeit des An- und Auskleidens des Kranken und die Zeit, die er im Bade zubringt, ist mit Gewandtheit zu körperlicher Besichtigung wegen verheimlichter oder unbemerkt gebliebener äusserer Schäden zu benutzen. 7. Nachforschung in den Kleidern und sonstigen Sachen: Die Kleider und sonstigen Sachen der Kranken sind öfters unbemerkt zu untersuchen, um sich zu überzeugen, ob der Kranke vielleicht verbotene Gegenstände, als gefährliche Werkzeuge, Bindfaden, Scherben, Nägel und dergleichen, angesammelt habe. 8. Bewahrung des Eigenthums der Kranken: Die Pfleger haben darauf zu achten, dass die Kranken von ihrem Eigenthume etwas weder verschenken, noch verkaufen, noch vertauschen oder verborgen. 9. Gottesdienste, Begräbnisse etc.: Rücksichtlich der Betheiligung der Kranken an den Gottesdiensten, Begräbnissen etc. ist den ärztlichen Bestimmungen nachzugehen. 10. Spaziergänge: Bei den Spaziergängen der Kranken (§ 26) haben die Pfleger namentlich auch darauf zu achten, dass kein Kranker sich verliere, entweiche oder sich verberge.

### § 33. Pflege Epileptischer.

1. Abgewöhnung beengender Kleidungsstücke: Die Pfleger haben auch an ihrem Theile darauf zu halten, dass sich die Epileptischen aller beengenden Kleidungsstücke entwöhnen, besonders um den Hals und um den Leib oberhalb der Hüften. 2. Freier Durchgang durch die Thüren: Die Pfleger haben nicht zu dulden, dass die Kranken in den Thüren stehen oder diejenigen Thüren, deren Offenstehen angeordnet ist, schliessen, damit nicht der freie Durchgang der Pfleger bei vorkommenden epileptischen Anfällen gehindert ist. 3. Maassregeln beim Eintritt von Krämpfen: Beim Eintritt von Krämpfen sind dem Kranken die Kleidungsstücke um den Hals und um den Leib oberhalb der Hüften, wenn sie dort irgend beengen, schnell zu öffnen und Speisen, die er etwa im Munde hat, rasch, aber unter grösster Schonung daraus zu entfernen. Auch ist darauf zu achten, dass der Kranke sich oder Andere nicht verletzt. 4. Schonung der Krampfbetten etc.:

den Krampfbetten oder Krampfmatratzen Liegenden ist behufs Schonung gerstätten das Schuhwerk auszuziehen. 5. Abwartung Badender: Bei n der Kranken ist die unausgesetzte Gegenwart wenigstens zweier Pfleger adestube unbedingt nothwendig. Zuwiderhandelnde Pfleger haben sich lestrafung zu gewärtigen. 6. Geistesgestörte: Ist schon an sich jeder he durchaus als Kranker anzusehen, so gilt dies um so mehr, wenn sich Leiden Geistesstörung gesellt. In diesem Falle hat der Pfleger auch 2 enthaltenen Dienstvorschriften zu beobachten.“

### onen mit körperlichen Gebrechen (Taubstumme, Blinde, Krüppel u. s. w.)

llgemeines. Ueber die Zurechnungsfähigkeit und die besondere der Taubstummen in dem Str.-G.-B. siehe § 58 des Str.-G.-B., S. 738. Schutz gebrechlicher Personen gegen eine mangelhafte Be- g oder Versorgung siehe § 221 des Str.-G.-B., S. 740. Ueber die Be- eines Pflegers für Personen mit körperlichen Gebrechen siehe 1910, S. 749. Ueber den Charakter der Taubstummen-Blinden etc.- n siehe S. 982.

Die besondere Fürsorge für Personen mit körperlichen Gebrechen lten ist in den meisten kleineren deutschen Staaten dem Staate überwiesen, ie Gebrechlichen in geeignete Anstalten der Orden, Congregationen, wohl- enossenschaften und Vereine oder auch in eigene Anstalten unterbringt. Im ie Sachsen sind die Armenverbände verpflichtet, für die Unterhaltung bringung von Personen mit körperlichen Gebrechen Sorge zu tragen. In n bestimmt die Provinzialordnung für die Provinzen Preussen, Brandenburg, Schlesien und Sachsen in der Redaction vom 22. März 1881, die durch n 4. Mai 1884 auch auf Hannover und durch Gesetz vom 8. Juni 1885 auch n-Nassau ausgedehnt ist, in § 120, dass der Genehmigung der zuständigen edürfen die von dem Provinziallandtage gemäss § 8 No. 2, §§ 35, 95 zu be- den Reglements für die Irren-, Taubstummen-, Blinden- und Idioten- n, jedoch nur insoweit, als sich die Bestimmungen beziehen auf die Auf- behandlung und Entlassung der Irren, Taubstummen, Blinden und Idioten leren Unterricht. Durch das Gesetz, betreffend die Ausführung der §§ 5. 6 zes vom 30. April 1873 wegen der Dotation der Kreis- und Provinzialver- m 8. Juli 1875, wurde bestimmt, dass die Ueberweisung gewisser Summen leren zur Fürsorge bzw. Gewährung von Beihilfen für das Irren-, Taub- und Blindenwesen erfolgte. Zugleich wurden den einzelnen Provinzial- eine ganze Anzahl von staatlichen Taubstummen- und anderen Anstalten dlung und Unterhaltung übertragen. — Zur Aufnahme in die Taub- - und Blindenanstalten sind ärztliche Zeugnisse erforderlich, ch wenigstens über folgende Fragen zu äussern haben<sup>1)</sup>: „1. Ist die Taub- Stummheit angeboren (etwaige Erblichkeit) oder später und durch welche sowie in welchem Alter verfolgt? Ist sie vollständig oder noch ein Rest

der Gang? Ist das Kind munter und lebhaft gleich Hörenden, hat es einen geistigen Blick oder ein blödes, stumpfes Aussehen? 3. Wie sind die intellectuellen Fähigkeiten: Zeigt das Kind Aufmerksamkeit auf das, was in seiner Umgebung sich befindet oder geschieht und weiss es die Gegenstände mit mehr oder weniger verständlicher Gebärde zu bezeichnen? Weiss es Wünsche und Bedürfnisse durch Gebärden verständlich zu machen? Versteht es auch die auf gleiche Weise gegebenen Mittheilungen anderer? Zeigt es Zahlensinn, indem es z. B. die Summe gleichmässiger Dinge mittelst der Finger anzugeben versteht? 4. Sind mit dem Kinde Heilversuche vorgenommen worden, von wem und mit welchem Erfolge? Zur Aufnahme blinder Personen ist eine Bescheinigung erforderlich, welche nähere Angaben über Ursache, Zeit der Entstehung und Art der Blindheit, über die früher angestellten Heilversuche, über sonstige hörperliche Gebrechen oder Krankheitsanlagen, über die günstigen Fähigkeiten und die Charaktereigenthümlichkeiten des Blinden und ähnliche Fragen enthalten muss.

c) Ueber die ärztliche und specialärztliche Fürsorge für die Zöglinge der Taubstummen-Anstalten handelt der preussische Min.-Erlass vom 10. Juli 1900, wie folgt: „Unter dem 7. September 1898 — M. 11797 U III A — war eine Erhebung angeordnet worden über die ärztliche und specialärztliche Fürsorge für die Zöglinge der Taubstummen-Anstalten. Die Berichte ergaben, dass die ärztliche Hülfe für die Zöglinge der Taubstummen-Anstalten insoweit sicher gestellt ist, dass der allgemeine Gesundheitszustand derselben bei der Aufnahme festgestellt wird, und dass bestimmten Aerzten die Behandlung in Krankheitsfällen vertragsmässig übertragen ist. Dagegen wurde ermittelt, dass nicht immer die specialärztliche Fürsorge dem Bedürfnisse der Anstalten und dem gegenwärtigen Stande der medicinischen Wissenschaft entspricht. Eine specialärztliche Vorbildung des Anstaltsarztes auf dem Gebiete der Gehör-, Seh- und Sprechorgane ist aber wenigstens insoweit unerlässlich, dass die sachgemässe Behandlung gewöhnlicher Fälle von ihm geleistet und die rechtzeitige Einleitung der specialärztlichen Behandlung von ihm beurtheilt und veranlasst werden kann. Um diesem Bedürfnisse zu genügen, sind an der hiesigen Königlichen Taubstummen-Anstalt besondere Kurse eingerichtet worden, welche dazu bestimmt sind, den an Taubstummen-Anstalten thätigen Aerzten durch eine Reihe von Vorträgen, Demonstrationen und Uebungen, mit denen hervorragende Spezialisten betraut sind, die für die Untersuchung und die allgemeine Behandlung taubstummer Kinder erforderlichen Kenntnisse und Fertigkeiten zu vermitteln und sie ausserdem mit den Aufgaben und Methoden der Taubstummenerziehung wie mit den wichtigsten schulärztlichen Fragen bekannt zu machen. Der erste dieser Aerztekurse, welcher in der Zeit vom 14. Mai bis 2. Juni d. J. an der hiesigen Königlichen Taubstummen-Anstalt unter Zugrundelegung des beifolgenden Lehrplanes abgehalten worden ist, hat den Erwartungen durchaus entsprochen. Wiederholt und mit steigendem Nachdruck haben die theilnehmenden Aerzte ibrem Danke für die ihnen hier gewährte specialistische und allgemeine Fortbildung sowie der Ueberzeugung Ausdruck gegeben, dass das Gelernte und Gesehene ihrer Praxis in den Taubstummen-Anstalten und damit den Zöglingen zu Gute kommen werde.

Dadurch, dass die Theilnehmer in den Taubstummen-Unterricht selbst eingeführt werden und verschiedene Anstalten besuchten, ist ein engeres und vertrauensvolleres Verhältniss zwischen den Aerzten und Taubstummenlehrern angebahnt worden: das Verständniss für die beiderseitigen Aufgaben ist gewachsen. Die an den Zöglingen der hiesigen Königlichen Taubstummen-Anstalt gelegentlich des *Cursus* ausgeführten Untersuchungen haben zur Evidenz ergeben, dass eine specialärztliche Untersuchung und fortdauernde Beaufsichtigung der Gehör-, Seh- und Sprechappa-

für den Unterricht der Taubstummen, für das, was man von dem ein-  
 linge verlangen, und, wie man es verlangen kann, von der grössten  
 ist. Nur durch diese fortgesetzten körperlichen Beobachtungen lässt sich  
 auch feststellen, wie weit noch durch das Gehör eine geistige Vermitte-  
 lnden, und wie weit vermöge des Baues und der Anlage seiner Sprech-  
 taub Geborene oder taut Gewordene noch zur Articulation der Lautsprache  
 werden kann. Für die bei der Aufnahme in die Anstalt durch den Arzt zu  
 le Feststellung der allgemeinen und der besonderen körperlichen und  
 Verhältnisse des taubstummen Kindes und die weitere regelmässige Be-  
 desselben ist das in der Anlage C. beigefügte Schema eines ärztlichen  
 ogens ausgearbeitet worden.“

ge C. Aerztlicher Personalbogen. Formular I. Knaben weiss, Mädchen  
 abstummenanstalt zu . . . Vor- und Zunahme: Sohn (Tochter) des (der)  
 eruf, geb. am . . . zu . . . Kreis . . . Geimpft im Jahre: . . . Wiedergeimpft  
 . . . ehelich? wievielles Kind? Taubgeboren? Krankheiten bezw. Ge-  
 vi Geschwistern? (Schwerhörigkeit, Taubheit, Sprachstörungen, Epilepsie,  
 tern oder sonstigen Verwandten? Taub geworden? im Alter von . . .  
 wodurch? Sprach das Kind vor der Ertaubung? Etwaige Bildungs- und  
 he? Tag der ärztlichen Untersuchung. Ansteckende Krankheiten: a) selbst,  
 , c) im Hause. Parasiten? Scabies, Pediculi etc. Allgemeine Körper-  
 n. (Grösse: cm. Gewicht: kg. Constitutionelle Krankheiten: Skrophulose,  
 se, Syphilis, Lepra, Epilepsie etc. Brustumfang, Herz, Lunge, Bauch:  
 Knochengestüst, Wirbelsäule. Hörorgan: Aeusserer Gehörgang? Trommel-  
 eiohr? Eustachische Röhre durchgängig? Nasen-, Rachenraum? Rachen-  
 Nase, Mund, Kehlkopf: Zähne, Zungenmandel, Gaumensegelmandel, Kehlg-  
 ng, Taschenbänder, Stimmlippen, Luftröhre? Augen: R. und L. Sehschärfe,  
 , Hornhaut, Aderhaut, Netzhaut etc.? Allgemeiner geistiger Zustand: Ge-  
 rmal begabt, schwachsinnig, blödsinnig (idiotisch)? Hörfähigkeit: Worte,  
 n welcher Entfernung? Vocale, welche? Consonanten, welche? Welche  
 überhaupt? Welche Tonreihe?<sup>1)</sup> Sprache, Noch vorhanden? Athmung?  
 Aussprache? Welche Störung?<sup>2)</sup> macht sich beim Articulationsunterricht  
 stalt bemerkbar? 1. Sprach-Athmung? 2. Sprechstimme? 3. Aussprache?  
 ren (etwaige sonstige Abnormitäten, insbesondere des Schädels, Gesichts-  
 erungen aus der ärztlichen Untersuchung, Tag der ärztlichen Untersuchung.  
 r und Unterricht. Für Eltern und Haus.“

n Bremen ist für taubstumme Kinder aller Vermögensklassen der  
 htszwang durch das nachstehende Gesetz vom 1. Juli 1898 eingeführt:  
 t verordnet im Einverständniss mit der Bürgerschaft: § 1. Taubstumme  
 unterliegen dem Unterrichtszwang nach Maassgabe der folgenden Bestim-  
 § 2. Taubstumme Kinder, für deren genügende Ausbildung nicht in an-  
 ge gesorgt ist, sind für die Dauer des schulpflichtigen Alters in der zur  
 g solcher Kinder bestimmten Anstalt unterzubringen oder haben am Unter-  
 derselben theilzunehmen. Im Zweifelsfalle entscheidet hierüber nach Ein-  
 thverständigen Gutachtens die Senatscommission für das Unterrichtswesen,  
 enfalls bestimmt, ob das Kind in der Anstalt unterzubringen ist oder nur  
 ichte in derselben theilzunehmen hat. Auch kann sie mit Rücksicht auf  
 ge oder körperliche Entwicklung eines Kindes dasselbe zeitweilig von der

Mit continuirlicher Tonreihe zu prüfen.

Erst nach Beobachtung zu beantworten.

h der Krankenversorgung u. Krankenpflege. II. Bd

der Senatscommission für das Unterrichtswesen nach Anhörung lassen oder ermässigt werden, wenn und soweit nach billige Unterhalte des Kindes Verpflichteten zur Erstattung der Kosten und das Vermögen des Kindes nicht ausreicht. In solchen Fällen soweit sie erlassen oder ermässigt werden, von der Gemeinde zu der Verpflichtete zur Zeit der Fälligkeit wohnt oder vor dem Verlass des Staats zuletzt gewohnt hat. Ist ein zum Unterhalt des Kindes vorhanden, so sind die Kosten von derjenigen Gemeinde zu tragen, in der das Kind zur Zeit der Fälligkeit der Kosten wohnt oder bis zu seiner Aufnahme in die Anstalt gewohnt hat. Den Gemeinden des Landgebiets ist die Erstattung der zufallenden Kosten vom Kreise zu erstatten. Die auf Grund der Verfügungen von dem Kreise oder den Gemeinden gewährte Beihilfe ist nicht zur Unterstützung anzusehen. § 5. Gegen die Verfügungen und Entscheidungen der Commission für das Unterrichtswesen ist die Beschwerde an den Senat zu richten. § 6. Auf Versäumung des Unterrichts finden die gesetzlichen Bestimmungen über die Bestrafung von Schulversäumnissen in den städtischen Schulordnungen Anwendung.

### 3. Trinker.

a) Allgemeines. Ueber die Entmündigung wegen Trunksucht siehe §§ 6, 114, B. G.-B.; SS. 744, 745. Ueber die Behandlung der wegen Trunksucht veranlassten Krankheiten im Krankenvertrage siehe dieses §§ 6a, 26a, SS. 766, 772. Ueber die besondere Art der Unfallrente in Form von Naturalleistungen an die wegen gewohnheitsmässiger Trunksucht nach Anordnung der Behörde geistige Getränke in öffentlichen Schenken verabfolgt werden dürfen, siehe § 26, S. 826.

b) Ein Trinkergesetz giebt es in Deutschland nicht, sondern nur lizenzliche Vorschriften, welche die Verabreichung von Spirituosen während des Aufenthaltes in einem Wirthshause an einen notorischen Trinker untersagen.

erbringung aus der Armenkasse zu bestreiten sind, bedarf die gemeinderäth-  
kenntniss der Beistimmung von Art. 6, 2 immerhin unbeschadet, der Zustim-  
mer betr. Armenbehörde. Art. 4. Die Gemeinderäthe erkennen über die Ver-  
sowohl aus eigener Entschliessung als auf Antrag einer anderen Behörde oder  
verwandten oder eines Vormundes. Art. 5. Die Versetzung in eine Trinker-  
alt kann nur auf Grund eines ärztlichen Gutachtens beschlossén werden,  
den Zustand der Trunksucht (Alkoholismus) und zu dessen Heilung die Noth-  
eit dieser Unterbringung constatirt. Art. 6. Die gemeinderäthlichen Erkennt-  
id den Betreffenden durch das Bezirksamt zur Verantwortung mitzuthemen und  
in allen Fällen zur Vollziehung der Bestätigung durch den Regierungsrath.  
r ist auch berechtigt, die Versorgung einer Person in solchen Fällen von sich  
bliessen, in denen die Unterbringung dringend geboten erscheint und die Ge-  
ehörden eine solche verweigern. Art. 7. Die durch die Versorgung in einer  
teilstätte erwachsenden Kosten werden aus dem Vermögen des Betreffenden  
ist er vermögenslos, oder sind für seine Familie die Kosten unerschwinglich,  
en sie nach Maassgabe der bestehenden gesetzlichen Vorschriften über das  
esen erhoben. Der Staat leistet, wo es nöthig erscheint, an die Kosten der  
ngung und während derselben ausnahmsweise auch an den Unterhalt der Fa-  
gemessene Beiträge. Art. 8. Einen Monat vor Ablauf der Versorgungsfrist  
Anstalt einen Bericht an diejenige Behörde abzugeben, welche ihr den Kran-  
ewiesen, und kann die Kur bei noch nicht völliger Heilung innerhalb der  
der in Art. 2 festgesetzten Zeit verlängert werden. Art. 9. Während der  
er Versorgungsfrist kann für die betr. Person interimistisch ein Vormund be-  
erden. Das Gleiche kann schon vor der Unterbringung geschehen, sobald  
las amtsärztliche Gutachten eine erhebliche Willensschwäche in Folge des  
sigen Genusses alkoholischer Getränke nachgewiesen ist. Art. 10. Der Re-  
rath ist mit dem Vollzuge dieses Gesetzes beauftragt.<sup>4</sup>  
n ähnliches Gesetz hat der grosse Rath des Cantons Basel-Stadt unter  
Februar 1901 erlassen. Für die Zeit des Aufenthalts in der Trinkeranstalt kann  
ernannt einen Vormund für den Trinker ernennen. Zur Stellung des Antrags auf  
ng sind auch die Gerichte berechtigt. Die Polizeibehörde entscheidet auf Grund  
genaussagen und eines ärztlichen Gutachtens. Die Versorgung soll erstmals  
nger als zwei Jahre dauern. Besitzt der Versorgte kein Vermögen, so leistet  
on aus dem Alkoholzehntel einen Beitrag, in der Regel die Hälfte der Kosten.

#### 4. Ansteckende Kranke.

e Bestimmungen über die Behandlung ansteckender Kranken sind so mannig-  
ass es unmöglich ist, sie im Rahmen dieser Zusammenstellung einigermaassen  
end zu bringen. Es werden daher nur die reichsgesetzlichen Bestimmungen  
laut gebracht und die wichtigsten Bestimmungen der Bundesstaaten in kurzer  
ht angefügt<sup>1)</sup>.

Reichsgesetz, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher  
heiten, vom 30. Juni 1900 (R. G. Bl., S. 306) (im Auszug):  
Anzeigepflicht. § 1. Jede Erkrankung und jeder Todesfall an Aussatz  
, Cholera (asiatischer), Flecktyphus (Flecktyphus), Gelbfieber, Pest (orientali-

Siehe auch § 327 St. G. B., S. 743, welcher Strafbestimmungen gegen die  
ng der zur Verhütung ansteckender Krankheiten erlassenen Absperrungs-  
sichtsmaassregeln giebt. Desgleichen auch die §§ 56, 57 der R. G. O., S. 759,  
Bestimmungen über die Beschränkung des Hausierhandels enthalten.



[illegible]

auf der Krankheit wichtigen Umstände dem beamteten Arzte und der zuständigen Behörde auf Befragen Auskunft zu ertheilen. § 8. Ist nach dem Gutachten des beamteten Arztes der Ausbruch der Krankheit festgestellt oder der Verdacht des Ausbruchs begründet, so hat die Polizeibehörde unverzüglich die erforderlichen Massregeln zu treffen. § 9. Bei Gefahr im Verzuge kann der beamtete Arzt dem Einschreiten der Polizeibehörde die zur Verhütung der Verbreitung der Krankheit zunächst erforderlichen Massregeln anordnen. Der Vorsteher der Ortschaften von dem beamteten Arzte getroffenen Anordnungen Folge zu leisten. Anordnungen hat der beamtete Arzt der Polizeibehörde sofort schriftliche Mittheilung zu machen; sie bleiben so lange in Kraft, bis von der zuständigen Behörde eine anderweitige Verfügung getroffen wird. § 10. Für Ortschaften und Bezirke, in welchen eine gemeingefährliche Krankheit befallen oder bedroht ist, kann die zuständige Behörde angeordnet werden, dass jede Leiche vor der Bestattung einer öffentlichen Besichtigung (Leichenschau) zu unterwerfen ist.

Massregeln. § 11. Zur Verhütung der Verbreitung der gemeinen Krankheiten können für die Dauer der Krankheitsgefahr Absperrungs- und Lichtmassregeln nach Maassgabe der §§ 12—21 polizeilich angeordnet werden. Die Anfechtung der Anordnungen hat keine aufschiebende Wirkung. § 12. Krankheits- oder ansteckungsverdächtige Personen können einer Beobachtung unterworfen werden. Eine Beschränkung in der Wahl des Aufenthalts oder der Wohnstätte ist zu diesem Zwecke nur bei Personen zulässig, welche obdachlos sind oder keinen festen Wohnsitz haben oder berufs- oder gewohnheitsmässig umherziehen. Die höhere Verwaltungsbehörde kann für den Umfang ihres Bezirkes oder für Theile desselben anordnen, dass zureisende Personen, sofern sie sich innerhalb einer bestimmten Frist vor ihrer Ankunft in Ortschaften oder Bezirken aufgeben, in welchen eine gemeingefährliche Krankheit ausgebrochen ist, nach der Ortspolizeibehörde zu melden sind. § 14. Für kranke und krankheitsverdächtige Personen kann eine Absonderung angeordnet werden. Die Absonderung kranker Personen hat derart zu erfolgen, dass der Kranke mit anderen Personen zu seiner Pflege bestimmten Personen, dem Arzte oder dem Seelsorger keine Berührung kommt und eine Verbreitung der Krankheit thunlichst ausgeschlossen ist. Angehörigen und Urkundspersonen ist, insoweit es zur Erledigung und dringender Angelegenheiten geboten ist, der Zutritt zu dem Kranken gestattet, die Beachtung der erforderlichen Massregeln gegen eine Weiterverbreitung der Krankheit ist gestattet. Werden auf Erfordern der Polizeibehörde in der Behausung des Kranken die nach dem Gutachten des beamteten Arztes zum Zwecke der Absonderung erforderlichen Einrichtungen nicht getroffen, so kann, falls der beamtete Arzt es für nöthig und der behandelnde Arzt es ohne Schädigung des Kranken für zulässig findet, die Ueberführung des Kranken in ein geeignetes Krankenhaus oder in einen geeigneten Unterkunftsraum angeordnet werden. Auf die Absonderung krankheits- oder ansteckungsverdächtigter Personen finden die Bestimmungen des § 11 über die angemässe Anwendung. Jedoch dürfen krankheits- oder ansteckungsverdächtige Personen nicht in demselben Raume mit kranken Personen untergebracht werden. Ansteckungsverdächtige Personen dürfen in demselben Raume mit krankheitskranken Personen nur untergebracht werden, soweit der beamtete Arzt es für nöthig hält. Wohnungen oder Häuser, in welchen erkrankte Personen sich befinden, sind zu desinficiren. § 15. Die nöthigen Vorkehrungen sind zu treffen, um die Ausbreitung der Krankheit zu verhindern. § 16. Jugendliche Personen, aus Behausungen, in denen Erkrankungen vorgekommen sind, können zeitweilig von öffentlichen und Unterrichtsbesuchen fern gehalten werden. Hinsichtlich der sonstigen

ist. Ist die Desinfection nicht ausführbar oder im Verhältnisse zum stände zu kostspielig, so kann die Vernichtung angeordnet werden. Bestimmungen über die Ausführungen der in den §§ 12—21 vorgeseh regeln, insbesondere der Desinfection, werden vom Bundesrath erli zuständige Landesbehörde kann die Gemeinden oder die weiteren ( dazu anhalten, diejenigen Einrichtungen, welche zur Bekämpfung lichen Krankheiten nothwendig sind, zu treffen. Wegen Aufbring lichen Kosten findet die Bestimmung des § 37 Abs. 2 Anwendung.

Entschädigungen. § 28. Personen, welche der Inva unterliegen, haben für die Zeit, während der sie auf Grund des § 1 Aufenthaltes oder der Arbeitsstätte beschränkt oder auf Grund des sind, Anspruch auf eine Entschädigung wegen des ihnen dadurch en verdienstes, bei deren Berechnung als Tagesarbeitsverdienst der d des für die Invalidenversicherung massgebenden Jahresarbeitsverci zu legen ist. Dieser Anspruch fällt weg, insoweit auf Grund ein Verpflichtung beruhenden Versicherung wegen einer mit Erwerbsu denen Krankheit Unterstützung gewährt wird oder wenn eine Verp liche Kosten stattfindet. § 29. Für Gegenstände, welche in Folge gabe dieses Gesetzes polizeilich angeordneten und überwachten l beschädigt worden sind, dass sie zu ihrem bestimmungsmässige weiter verwendet werden können, oder welche auf polizeiliche An worden sind, ist, vorbehaltlich der in §§ 32 und 33 angegebenen Antrag Entschädigung zu gewähren. § 30. Als Entschädigung Werth des Gegenstandes gewährt werden ohne Rücksicht auf d Werthes, welche sich aus der Annahme ergibt, dass der Gegenstar stoff behaftet sei. Wird der Gegenstand nur beschädigt oder the so ist der verbleibende Werth auf die Entschädigung anzurechnen. schädigung wird, sofern ein anderer Berechtigter nicht bekannt is zahlt, in dessen Gewahrsam sich der beschädigte oder vernichte Zeit der Desinfection befand. Mit dieser Zahlung erlischt jede F

ädigten oder vernichteten Gegenstände sich befanden, zu der Desinfection e Zuwiderhandlung gegen dieses Gesetz oder eine auf Grund desselben ge-  
 ordnungg Veranlassung gegeben hat. § 34. Die Kosten der Entschädigungen  
 öffentlichen Mitteln zu bestreiten. Im Uebrigen bleibt der landesrechtlichen  
 vorbehalten, Bestimmungen darüber zu treffen: 1. von wem die Entschä-  
 1 gewähren und wie dieselbe aufzubringen ist, 2. binnen welcher Frist der  
 igungsanspruch geltend zu machen, 3. wie die Entschädigung zu ermitteln  
 ustellen ist.

gemeine Vorschriften. § 35. Die dem allgemeinen Gebrauche dienen-  
 ichtungen für Versorgung mit Trink- oder Wirthschaftswasser und für Fort-  
 ; der Abfallstoffe sind fortlaufend durch staatliche Beamte zu überwachen.  
 einden sind verpflichtet für die Beseitigung der vorgefundenen gesundheits-  
 hen Missstände Sorge zu tragen. Sie können nach Maassgabe ihrer Leistungs-  
 zur Herstellung von Einrichtungen der im Abs. 1 bezeichneten Art, sofern  
 zum Schutze gegen übertragbare Krankheiten erforderlich sind, jederzeit  
 en werden. Das Verfahren, in welchem über die hiernach gegen die Ge-  
 zulässigen Anordnungen zu entscheiden ist, richtet sich nach Landesrecht.  
 ür den Eisenbahn-, Post- und Telegraphenverkehr sowie für Schifffahrts-  
 welche im Anschluss an den Eisenbahnverkehr geführt werden und der  
 en Eisenbahnaufsichtsbehörde unterstellt sind, liegt die Ausführung der nach  
 : dieses Gesetzes zu ergreifenden Schutzmassregeln ausschliesslich den zu-  
 1 Reichs- und Landesbehörden ob. Inwieweit die auf Grund dieses Gesetzes  
 h angeordneten Verkehrsbeschränkungen und Desinfectionsmassnahmen  
 ersonen, welche während der Beförderung als krank, krankheits- oder an-  
 1 verdächtig befunden werden, 2. auf die im Dienste befindlichen oder aus  
 1er Veranlassung vorübergehend ausserhalb ihres Wohnsitzes sich aufhalten-  
 1nten und Arbeiter der Eisenbahn-, Post- und Telegraphenverwaltungen sowie  
 1nnten Schifffahrtsbetriebe Anwendung finden, bestimmt der Bundesrath.  
 1st in einer Ortschaft der Ausbruch einer gemeingefährlichen Krankheit fest-  
 1so ist das Kaiserliche Gesundheitsamt hiervon sofort auf kürzestem Wege zu  
 1ichtigen. Der Bundesrath ist ermächtigt zu bestimmen, inwieweit im späteren  
 1 dem Kaiserlichen Gesundheitsamte Mittheilungen über Erkrankungen und  
 1le zu machen sind.

rafvorschriften. § 44. Mit Gefängniss bis zu drei Jahren wird bestraft:  
 1ssentlich bewegliche Gegenstände, für welche eine Desinfection polizeilich  
 1et war, vor Ausführung der angeordneten Desinfection in Gebrauch nimmt,  
 1re überlässt oder sonst in Verkehr bringt: 2. wer wissentlich Kleidungs-  
 1 Leibwäsche, Bettzeug oder sonstige bewegliche Gegenstände, welche von Per-  
 1ie an einer gemeingefährlichen Krankheit litten, während der Erkrankung  
 1t oder bei deren Behandlung oder Pflege benutzt worden sind, in Gebrauch  
 1n Andere überlässt oder sonst in Verkehr bringt, bevor sie den auf Grund  
 2 vom Bundesrath beschlossenen Bestimmungen entsprechend desinficirt  
 sind: 3. wer wissentlich Fahrzeuge oder sonstige Geräthschaften, welche zur  
 1ung von Kranken oder Verstorbenen der in No. 2 bezeichneten Art gedient  
 1or Ausführung der polizeilich angeordneten Desinfection benutzt oder An-  
 1r Benutzung überlässt. Sind mildernde Umstände vorhanden, so kann auf  
 1fe bis zu eintausendfünfhundert Mark erkannt werden. § 45. Mit Geldstrafe  
 1n bis einhundertfünfzig Mark oder mit Haft nicht unter einer Woche wird be-  
 1. wer die ihm nach den §§ 2, 3 oder nach den auf Grund des § 5 vom  
 1rath beschlossenen Vorschriften obliegende Anzeige unterlässt oder länger

höhere Strafe verwirkt wird, bestraft: 1. wer den im Falle des § 11 Ärzte oder dem Vorsteher der Ortschaft getroffenen vorläufigen auf Grund des § 10 von der zuständigen Behörde erlassen widerhandelt; 2. wer den auf Grund des § 12, des § 14 Abs. 5 bis 22 getroffenen polizeilichen Anordnungen zuwiderhandelt; 3. der §§ 24, 26, 27 erlassenen Vorschriften zuwiderhandelt.“

b) Bekanntmachung, betreffend die vorläufige zur Ausführung des Gesetzes über die Bekämpfung licher Krankheiten, vom 6. October 1900 (R. G. Bl., S. 84) §§ 22, 27, 40 und 42 des Gesetzes, betreffend die Bekämpfung Krankheiten, vom 30. Juni 1900 wird zur Bekämpfung der I stimmt: 1. Zu §§ 12, 13. Die Polizeibehörden haben ein besond solche Personen zu richten, welche sich kürzlich in einem gesuchten Orte aufgehalten haben. Es empfiehlt sich, diese Pers Gutachten des beamteten Arztes zu bemessenden, aber nicht lä seit dem letzten Tage ihrer Anwesenheit am Pestorte dauernd unterstellen, jedoch in schonender Form und so, dass Belästig thunlichst vermieden werden. Die Beobachtung wird in der Reg werden können, dass durch einen Arzt oder eine sonst geeign Erkundigung über den Gesundheitszustand der betreffenden I wird. Erforderlichenfalls sollen zur Erleichterung dieser Ma Verwaltungsbehörden für den Umfang ihres Bezirks oder für 7 ordnen, dass zureisende Personen, welche sich innerhalb zehn Ti kunft in einem von der Pest betroffenen Ort oder Bezirk aufgeh ihrer Ankunft der Ortspolizeibehörde binnen einer zu bestimmend Frist schriftlich oder mündlich zu melden sind. Eine verschärfi tung, verbunden mit Beschränkungen in der Wahl des Aufenthalt stätte (z. B. Anweisung eines bestimmten Aufenthalts, Verpflich persönlichen Erscheinen vor der Gesundheitsbehörde, Untersagun bestimmten Orten) ist solchen Personen gegenüber zulässig, wel

haben. Die Absonderung der ansteckungsverdächtigen Personen darf nur vier von zehn Tagen angeordnet werden. Unter Umständen kann es sich um die Kranken, anstatt sie zur Absonderung in ein Krankenhaus oder in einen geeigneten Unterkunftsraum zu verbringen, in der Wohnung zu belassen und aus derselben zu entfernen. Es kann sogar die Räumung des Hauses angezeigt sein, namentlich wenn in ihm ungünstige sanitäre Zustände (Schmutz, Unreinlichkeit und dergl.) herrschen. Die Räumung ist insbesondere notwendig, wenn unter den Ratten oder Mäusen in einem solchen Hause die Seuche ist, oder wenn es sich um ein sogenanntes Pesthaus handelt, in welchem unter den Bewohnern die Seuche wiederholt auftritt. Die gänzliche oder theilweise Räumung von Wohnungen oder Häusern gegen den Willen der davon Betroffenen ist jedoch an die Voraussetzung geknüpft, dass der beamtete Arzt sie zur Bekämpfung der Pest für unerlässlich erklärt. Für den Transport der ansteckungsverdächtigen Kranken oder Ansteckungsverdächtigen sollen dem öffentlichen Verkehre Fuhrwerke (Droschken, Strassenbahnen und dergl.) in der Regel nicht dienen. Die Polizeibehörden haben alle Insassen eines Hauses, in welchem eine Pest vorgekommen ist, in Bezug auf ihren Gesundheitszustand, erforderlichenfalls die Absonderung, einer Beobachtung zu unterwerfen und dafür Sorge zu nehmen, dass die Erkrankten und Todesfälle jeder Art, welche in einem solchen Hause vorkommen, zu ihrer Kenntniss gelangen. Wohnungen oder Häuser, in denen an ansteckend kranke Personen sich befinden, sind kenntlich zu machen. 4. Zu § 16.

Personen aus Behausungen, in denen ein Fall von Pest vorgekommen ist, so lange nach dem Gutachten des beamteten Arztes eine Weiterverbreitung der Seuche aus diesen Behausungen zu befürchten ist, vom Schulbesuche fernzuhalten. Das Gleiche gilt hinsichtlich des Besuchs jedes anderen Unternehmers, welchem eine grössere Anzahl von Personen theilnimmt. 5. Zu § 19. In Fällen, in welchen Pestfälle vorgekommen sind, sind die erforderlichen Massnahmen zur Verhütung der Ausscheidungen des Kranken, sowie der mit dem Kranken oder in Berührung gekommenen Gegenstände zu treffen. Ganz besondere Aufmerksamkeit ist der Desinfection inficirter Räume, sowie der Betten und der Leibwäsche der Kranken oder Gestorbenen zuzuwenden. Auch ist Vorsorge zu treffen, dass die Gegenstände, welche zur Beförderung von kranken, ansteckend kranken Personen gedient haben, alsbald und vor anderweiter Benutzung desinficirt werden. Häuser, in denen an der Pest verendete Ratten gefunden werden, sind zu desinficiren, soweit dies von dem beamteten Arzte für erforderlich erachtet wird. Wohnungen und Häuser, welche wegen Pestausbruchs geräumt worden sind, sind nach einer wirksamen Desinfection zur Wiederbenutzung freigegeben. Desinfectionen sind nach Maassgabe der aus der Anlage 1 ersichtlichen Vorschriften zu bewirken. No. 6, 7 handeln von der Vertilgung der Ratten u. s. w., von der Behandlung der Leichen der an Pest Gestorbenen. 8. Zu § 22. Die Vorkehrungen zur Abwehr der Pestgefahr getroffenen Anordnung darf nur nach Anbefehl des beamteten Arztes erfolgen. 9. Zu § 27. Für das Arbeiten und den Verkehr der Pestärzte gelten die aus der Anlage 2 ersichtlichen Bestimmungen. 10. Für den Eisenbahnverkehr gelten die in der Anlage 3 enthaltenen Bestimmungen. 11. Zu § 42. Neben der im § 42 des Gesetzes vorgeschriebenen Berichterstattung von dem Ausbruche der Pest sind von den Behörden an das Kaiserliche Gesundheitsamt mitzutheilen: a) tägliche Uebersichten über die weiteren Erkrankungs- und Todesfälle unter Benennung der Ortschaften und Bezirke. b) wöchentliche Uebersichten über den Verlauf der Seuche in den einzelnen Ortschaften auf dem als Anlage 4 beigegebenen Formular. Die täglichen Uebersichten

sind auf kürzestem Wege zu übermitteln. Die Wochennachweisungen sind so zeitig abzusenden, dass bis Montag Mittag die Mittheilungen über die in der vergangenen Woche bis Sonnabend einschliesslich gemeldeten Erkrankungen und Todesfälle im Gesundheitsamt eingehen.

#### Anlage I.

#### Desinfectionsanweisung bei Pest.

I. Desinfectionsmittel. a) Kresol, Carbolsäure. 1. Verdünntes Kresolwasser. Zur Herstellung wird 1 Gewichtstheil Kresolseifenlauge (Liquor Cresoli saponatus des Arzneibuchs für das Deutsche Reich, Vierte Ausgabe) mit 190 Gewichtstheilen gemischt. 100 Theile enthalten annähernd 2,5 Theile rohes Kresol. — Das Kresolwasser (Aqua cresolica des Arzneibuchs für das Deutsche Reich, Vierte Ausgabe) enthält in 100 Theilen 5 Theile rohes Kresol, ist also vor dem Gebrauche mit gleichen Theilen Wasser zu verdünnen. 2. Carbolsäurelösung. 1 Gewichtstheil verflüssigte Carbolsäure (Acidum carbolicum liquefactum) wird mit 30 Gewichtstheilen Wasser gemischt. b) Chlorkalk. Der Chlorkalk hat nur dann eine ausreichende und desinficirende Wirkung, wenn er frisch bereitet und in wohlverschlossenen Gefässen aufbewahrt ist; er muss stark nach Chlor riechen. Er wird in Mischung von 1 : 50 Gewichtstheilen Wasser verwendet. c) Kalk, und zwar: 1. Kalkmilch. Zur Herstellung derselben wird 1 Liter zerkleinerter reiner gebrannter Kalk, sogenannter Fettkalk, mit 4 Liter Wasser gemischt und zwar in folgender Weise: Es wird von dem Wasser etwa  $\frac{3}{4}$  Liter in das zum Mischen bestimmte Gefäss gegossen und dann der Kalk hineingelegt. Nachdem der Kalk das Wasser aufgesogen hat und dabei zu Pulver zerfallen ist, wird er mit dem übrigen Wasser zu Kalkmilch verrührt. 2. Kalkbrühe, welche durch Verdünnung von 1 Theile Kalkmilch mit 9 Theilen Wasser frisch bereitet wird. d) Kaliseife. 3 Gewichtstheile Kaliseife (sogenannte Schmierseife oder grüne Seife oder schwarze Seife) werden in 100 Gewichtstheilen siedend heissem Wasser gelöst (z. B.  $\frac{1}{2}$  kg Seife in 17 Liter Wasser). Diese Lösung ist heiss zu verwenden. e) Formaldehyd. Der Formaldehyd ist ein stark riechendes, auf die Schleimhäute der Luftwege, der Nasen, der Augen reizend wirkendes Gas, das aus Formalin, einer im Handel vorkommenden, 25 procentigen wässrigen Lösung des Formaldehyds (Formaldehydum solutum des Arzneibuchs) durch Kochen oder Zerstäubung mit Wasserdampf oder Erhitzen sich entwickeln lässt. Das Formalin ist bis zur Benutzung gut verschlossen und vor Licht geschützt aufzubewahren. Der Formaldehyd in Gasform ist für die Desinfection geschlossener oder allseitig gut abschliessbarer Räume verwendbar und eignet sich zur Vernichtung von Krankheitskeimen, die an frei liegenden Flächen oberflächlich oder doch nur in geringer Tiefe haften. Zum Zustandekommen der desinficirenden Wirkung sind erforderlich: vorgängiger, allseitig dichter Abschluss des zu desinficirenden Raumes durch Verklebung, Verkittung aller Undichtigkeiten der Fenster und Thüren, der Ventilationsöffnungen und dergleichen. Entwicklung von Formaldehyd in einem Mengenverhältnisse von 5 g auf 1 cbm Luftraum, gleichzeitige Entwicklung von Wasserdampf bis zu einer vollständigen Sättigung der Luft des zu desinficirenden Raumes (auf 100 cbm Raum sind 3 Liter Wasser zu verdampfen), wenigstens 7 Stunden andauerndes ununterbrochenes Verschlossenbleiben des mit Formaldehyd und Wasserdampf erfüllten Raumes: diese Zeit kann bei Entwicklung doppelt grosser Mengen von Formaldehyd auf die Hälfte abgekürzt werden. Formaldehyd kann in Verbindung mit Wasserdampf von aussen her durch Schlüssellocher, durch kleine in die Thür gebohrte Oeffnungen und dergleichen in den zu desinficirenden Raum geleitet werden. Werden Thüren und Fenster geschlossen vorgefunden und sind keine anderen Oeffnungen (z. B. für

on, offene Ofenthüren) vorhanden, so empfiehlt es sich, die Desinfection Formaldehyds auszuführen, ohne vorher das Zimmer zu betreten, bezw. ohne irgend Abdichtungen vorzunehmen; für diesen Fall ist die Entwicklung von vier Mal grösserer Mengen Formaldehyds, als sie für die Desinfection nach der Abdichtung angegeben sind, erforderlich. Die Desinfection mittelst Formaldehyd darf nur nach bewährten Methoden ausgeübt und nur geübten Desinficirern anvertraut werden, die für jeden einzelnen Fall mit genauer Anweisung zu verfahren. Nach Beendigung der Desinfection empfiehlt es sich, zur Beseitigung des noch anhaftenden Formaldehydgeruchs Ammoniakgas einzuleiten. Desinfectionsapparate. Als geeignet können nur solche Apparate und Einrichtungen verwendet werden, welche von Sachverständigen geprüft sind. Auch Nothbehelfsapparate können unter Umständen ausreichen. Die Prüfung derartiger Apparate und Einrichtungen hat sich zu erstrecken namentlich auf die Anordnung der Dampf- und Abzugsanleitung, auf die Handhabungsweise und die für eine gründliche Desinfection erforderliche Dauer der Dampfeinwirkung. Die Bedienung der Apparate ist, wenn irgend anständig, wohlunterrichteten Desinficirern zu übertragen. Desinfection durch Kochen. Auskochen in Wasser, Salzwasser oder Lauge wirkt desinficirend. Gegenstände, welche in Flüssigkeiten vollständig bedeckt und mindestens zehn Minuten lang im Sieden gehalten werden.

Bei der Auswahl der angeführten Desinfectionsmittel ist die Lage der Umstände zu berücksichtigen. Es ist zulässig, dass seitens der beamteten Aerzte unter Umständen andere, in Bezug auf ihre desinficirende Wirksamkeit erprobte Mittel angewendet werden, wenn die Mischungs- bzw. Lösungsverhältnisse, sowie die Verwendungsweise dieser Mittel sind so zu wählen, dass der Erfolg der Desinfection nicht nachsteht. Die unter a bis g bezeichneten Mittel ausgeführten Desinfection.

Anwendung der Desinfectionsmittel im Einzelnen. 1. Alle Ausgänge der Kranken (Wund- und Geschwürsausscheidungen, Auswurf und Nasensekrete, bei Sterbenden aus Mund und Nase hervorgequollene schaumige Flüssigkeit, Blut und Urin, Erbrochenes und Stuhl) sind mit dem unter I a bezeichneten verdünnten Kresolwasser oder durch Siedehitze (I g) zu desinficiren. Es empfiehlt sich, solche Ausscheidungen unmittelbar in Gefässen aufzufangen, welche mit Desinfectionsflüssigkeit in mindestens gleicher Menge enthalten, und sie hierauf gründlich zu verrühren. Verbandgegenstände sind, wenn das Verbandsmaterial selbst (vergl. Ziffer 9) nicht anständig ist, unmittelbar nach dem Gebrauch in solche mit verdünntem Kresolwasser (I a) beschickte Gefässe zu legen, in welche die Flüssigkeit vollständig bedeckt sind. Die Gemische sollen mindestens zwei Stunden stehen bleiben und dürfen erst dann beseitigt werden. Schmutzgegenstände mit Chlorkalk oder Kalkmilch zu desinficiren und zwar ist vom Chlorkalk etwas zuzusetzen, bis die Flüssigkeit stark nach Chlor riecht, von Kalkmilch so viel, dass das Gemisch rothes Lackmuspapier stark und dauernd blau färbt. In solchen Fällen darf die Flüssigkeit erst nach zwei Stunden abgegossen werden. 2. Haut und sonstige Körpertheile müssen jedes Mal, wenn sie mit inficirten Dingen in Berührung gekommen sind (z. B. Wäsche der Kranken, beschmutzte Wäsche u. s. w.) in Berührung gekommen, durch gründliches Waschen mit verdünntem Kresolwasser oder Carbolsäurelösung (I a) desinficirt werden. Bei Berührung mit inficirten Dingen, Pestkranken, oder bei Desinfectionen von Häusern u. s. w. können die Hände vor dem Einsetzen von Krankheitskeimen durch gründliches Einreiben mit Oel, Paraffinsalbe und dergleichen geschützt werden. 3. Bett- und Leibwäsche, sowie waschbare Kleidungsstücke und dergl. sind entweder auszukochen (I g), oder in ein Gefäss mit verdünntem Kresolwasser oder Carbolsäurelösung (I a) zu stecken. Die





tion angefasst hat, muss seine Hände in der unter Ziffer 2 anginficiren. 6. Zur Desinfection inficirter oder der Infection verdämentlich solcher, in denen sich Pestkranke aufgehalten haben Lagerstätten, Geräthschaften und dergleichen, ferner die Wände unter Umständen auch die Decke mittelst Lappen, die mit verdünneter Carbolsäurelösung (I a) getränkt sind, gründlich abzuwaschen darauf zu achten, dass diese Lösungen auch in alle Spalten, Risse und Vertiefungen dringen. Die Lagerstellen von Kranken oder von Verstorbenen in der Umgebung von wenigstens 2m Entfernung befindlichen Geräthschaften und bodenflächen sind bei dieser Desinfection besonders zu berücksichtigen. Die Räumlichkeiten und Geräthschaften mit einer reichlichen Kaliseifenlösung (I d) zu spülen. Nach ausgeführter Desinfection die Räume zu lüften. 7. Die Anwendung des Formaldehyds empfiehlt sich für die oberflächendesinfection. Ausserdem gewährt sie den Desinfectierten Schutz vor einer Infection bei den nach Ziffer 6 auszuführenden Desinfectionsarbeiten und ist möglichst vor dem Beginn sonstiger Desinfectionsarbeiten auszuführen, dass die zu desinficirenden Räumlichkeiten erst nach der Formaldehyddesinfection betreten zu werden brauchen. Nach vorausgegangener Desinfection mittelst Formaldehyds können die freien glatten Flächen der Geräthschaften als desinficirt gelten. Namentlich alle diejenigen Theile, welche Risse und Fugen aufweisen, sind den vorstehend gegebenen Vorschriften zu desinficiren. 8. Gegen Holz- und Metalltheile von Möbeln, sowie ähnliche Gegenstände sind wiederholt mit Lappen abgerieben, die mit verdünnter Carbolsäurelösung (I a) befeuchtet sind. Die gebrauchten Lappen und Pelzwerk wird auf der Haarseite bis auf die Haarwurzel mit verdünnter Carbolsäurelösung (I a) durchfeuchtet, feucht gebürstet und einander gelüftet und dem Sonnenlicht ausgesetzt. 9. Gegenstände (Inhalt von Strohsäcken, gebrauchte Lappen und dergleichen) : 10. Etwa aufgefundene Cadaver von Nagethieren, namentlich von

längiges Bad nehmen. Kleider und Effecten derselben sind nach Ziffer 3 und 4 behandeln. 13. Die Leichen der an Pest Gestorbenen sind in Tücher zu hüllen, sie mit einer der unter 1 a aufgeführten desinficirenden Flüssigkeiten getränkt und alsdann in dichte Särge zu legen, welche am Boden mit einer reichlichen Schicht Sägemehl, Torfmull oder anderen aufsaugenden Stoffen bedeckt sind. 14. Desinfection des Kiel- (Bilge-) Raumes der im Fluss- und Binnenschiffahrtsverkehr benutzten Fahrzeuge, die Desinfection des Ballastwassers und des etwa im Trinkwassers ist nach den Vorschriften über die gesundheitspolizeiliche Controlen eines deutschen Hafen anlaufenden Seeschiffe zu bewirken. 15. Abweichungen von den Vorschriften unter Ziffer 1 bis 14 sind zulässig, soweit nach dem Gutachten des beauftragten Arztes die Wirkung der Desinfection gesichert ist.

### § 3.

#### Grundsätze für Massnahmen im Eisenbahnverkehr zu Pestzeiten.

1. Bei Auftreten der Pest findet eine allgemeine und regelmässige Untersuchung Reisenden nicht statt; es werden jedoch dem Eisenbahnpersonal bekannt gemacht: a) die Stationen, auf welchen Aerzte sofort erreichbar und zur Verfügung stehen, b) die Stationen, bei welchen geeignete Krankenhäuser zur Unterbringung von Kranken bereit stehen (Krankenübergabestationen). Die Bezeichnung dieser Stationen erfolgt durch die Landes-Centralbehörde unter Berücksichtigung der Verbreitung der Seuche und der Verkehrsverhältnisse. Ein Verzeichniss der unter a und b bezeichneten Stationen ist, nach der geographischen Reihenfolge der Stationen gefertigt, jedem Führer eines Zuges, welcher zur Personenbeförderung dient, zu übergeben. 2. Auf den zu 1 a und b bezeichneten Stationen, sowie, falls eine ärztliche Aufsicht der Reisenden an der Grenze angeordnet ist, auf den Zollrevisionsstellen sind zur Vornahme der Untersuchung Erkrankter die erforderlichen, entbehrend auszustattenden Räume von der Eisenbahnverwaltung, soweit sie ihr zur Verfügung stehen, herzugeben. 3. Die Schaffner haben dem Zugführer von jeder während der Fahrt vorkommenden auffälligen Erkrankung sofort Meldung zu machen. Der Schaffner hat sich des Erkrankten nach Kräften anzunehmen; er hat alsdann die Berührung mit anderen Personen nach Möglichkeit zu vermeiden. Der Erkrankte ist der nächsten im Verzeichniss angeführten Uebergabestation zu übergeben, wenn er dies wünscht, oder wenn sein Zustand eine Weiterbeförderung unthunlich macht. Berührt der Zug vor der Ankunft auf der nächsten Uebergabestation eine Zwischenstation, so hat der Zugführer sofort beim Eintreffen dem dienstlichen Stationsbeamten Anzeige zu machen; dieser hat alsdann der Krankenübergabestation ungesäumt telegraphisch Meldung zu erstatten, damit möglichst die unmittelbare Abnahme des Erkrankten aus dem Zuge selbst durch die Krankenhausverwaltung, die Polizei- oder die Gesundheitsbehörde veranlasst werden kann. Wenn der Erkrankte seine Reise fortzusetzen, so ist die ärztliche Entscheidung darüber, ob der Reisende weiter befördert werden darf, auf der nächsten Station, auf der ein Arzt anwesend ist, einzuholen. Will der Erkrankte den Zug auf einer Station vor der nächsten Uebergabestation verlassen, so ist er hieran nicht zu hindern. Der Zugführer hat aber dem diensthabenden Beamten der Station, auf welcher der Erkrankte den Zug verlässt, Meldung zu machen, damit der Beamte, falls der Erkrankte nicht bis zum Eintreffen ärztlicher Hülfe auf dem Bahnhofe, wo er möglichst abzusondern sein würde, bleiben will, seinen Namen, Wohnort und sein Abfahrtsquartier feststellen und unverzüglich der nächsten Polizeibehörde unter Angabe näherer Umstände mittheilen kann. 4. Erkrankt ein Reisender unterwegs in

auffälliger Weise, so sind alsbald sämtliche Mitreisenden, ausgenommen solche Personen, welche zu seiner Unterstützung bei ihm bleiben, aus dem Wagenabtheil, in welchem der Erkrankte sich befindet, zu entfernen und in einem anderen Abtheil, abgesondert von den übrigen Reisenden, unterzubringen. Bei der Ankunft auf der Krankenübergabestation sind diejenigen Personen, welche sich mit dem Kranken in demselben Wagenabtheil befunden haben, sofort dem etwa anwesenden Arzte zu bezeichnen, damit dieser denselben die nöthigen Weisungen erteilen kann. Im Uebrigen muss das Eisenbahnpersonal bei Vorkommen verdächtiger Erkrankungen mit der grössten Vorsicht und Ruhe vorgehen, damit Alles vermieden wird, was zu unnöthigen Besorgnissen unter den Reisenden oder sonst beim Publikum Anlass geben könnte. 5. Der Wagen, in welchem sich ein Pestkranker befunden hat, ist sofort ausser Dienst zu stellen und der nächsten geeigneten Station zur Desinfection zu übergeben. Die näheren Vorschriften über diese Desinfection, sowie über die sonstige Behandlung der Eisenbahn-Personen-Schlafwagen bei Pestgefahr enthält die beigelegte Anweisung A. 6. Eine Beschränkung des Eisenbahngepäck- und Güterverkehrs findet, abgesehen von den bezüglich einzelner Gegenstände ergehenden Ausfuhr- und Einfuhrverboten, nicht statt. 7. Eine Desinfection von Reisegepäck und Gütern findet nur in folgenden Fällen statt: a) Auf den zu 2 bezeichneten Zollrevisionsstationen erfolgt auf ärztliche Anordnung zwangsweise die Desinfection von schmutziger Wäsche, alten und getragenen Kleidungsstücken und sonstigen Gegenständen, welche zum Gepäck eines Reisenden gehören, oder als Umzugsgut anzusehen sind und aus einem pestverseuchenden Bezirke stammen, sofern dieselben nach ärztlichem Ermessen als mit dem Ansteckungsstoffe der Pest behaftet zu erachten sind. b) Im Uebrigen erfolgt eine Desinfection von Express-, Eil- und Frachtgütern — auch auf den Zollrevisionsstationen — nur bei solchen Gegenständen, welche nach Ansicht der Ortsgesundheitsbehörde als mit dem Ansteckungsstoffe der Pest behaftet zu erachten sind. Briefe und Correspondenzen, Drucksachen, Bücher, Zeitungen, Geschäftspapiere u. s. w. unterliegen keiner Desinfection. Die Einrichtung und Ausführung der Desinfection wird von den Gesundheitsbehörden veranlasst, welchen von dem Eisenbahnpersonal thünlichst Hülfe zu leisten ist. 8. Sämtliche Beamte der Eisenbahnverwaltung haben den Anforderungen der Polizeibehörden und der beaufsichtigenden Aerzte, soweit es in ihren Kräften steht und nach den dienstlichen Verhältnissen ausführbar ist, unbedingt Folge zu leisten und auch ohne besondere Aufforderung denselben alle erforderlichen Mittheilungen zu machen. Von allen Dienst-Anweisungen und Massnahmen gegen die Pestgefahr und von allen getroffenen Anordnungen und Einrichtungen ist stets sofort dabei in Frage kommenden Gesundheitsbehörden Mittheilung zu machen. 9. Ein Auszug dieser Anweisung, welcher die Verhaltensmassregeln für das Eisenbahnpersonal bei pestverdächtigen Erkrankungen auf der Eisenbahnfahrt enthält, ist beigelegt. Von diesen Verhaltensmassregeln ist jedem Fahrbeamten eines jeden zur Personenbeförderung dienenden Zuges ein Abdruck zuzustellen. 10. Von jedem durch den Arzt als Pest erkannten Erkrankungsfall ist seitens des betreffenden Stationsvorstehers sofort der vorgesetzten Betriebsbehörde und der Ortspolizeibehörde schriftliche Anzeige zu erstatten, welche, soweit sie zu erlangen sind, folgende Angaben enthalten soll: a) Ort und Tag der Erkrankung; b) Name, Geschlecht, Alter, Stand oder Gewerbe des Erkrankten; c) Woher der Kranke zugereist ist; d) wo der Kranke untergebracht ist.

A. Anweisung über die Behandlung der Eisenbahn-Personen- und Schlafwagen bei Pestgefahr. 1. Während eines Pestausbruchs im Inland oder in einem benachbarten Gebiet ist für besonders sorgfältige Reinigung und Lüftung der dem Personenverkehre dienenden Wagen Sorge zu tragen; es gilt dies namentlich

auf Wagen der 3. und 4. Klasse, welche zu Massentransporten von Personen von der Pest ergriffenen Gegend gedient haben. 2. Ein Personenwagen, in dem Pestkranker sich befunden hat, ist sofort ausser Dienst zu stellen und mit den nöthigen Einrichtungen versehenen Station zur Desinfection zu bringen, welche in nachstehend angegebener Weise zu bewirken ist. Etwaige Unreinigungen im Innern des Wagens sind durch sorgfältiges und wiederholtes Wischen mit Lappen, welche mit Carbolsäurelösung befeuchtet sind, zu beseitigen.

Alsdann sind die Läufer, Matten, Teppiche, Vorhänge und beweglichen Vorrichtungen, in Tücher, welche mit Carbolsäurelösung stark angefeuchtet und ausgeschlagen und der Dampfdesinfection zu unterwerfen. Ein vorheriges Aussetzen der Gegenstände ist zu vermeiden. Gegenstände aus Leder, welche eine Desinfection nicht vertragen, sind mit Carbolsäurelösung gründlich abzureiben. Der Wagen ist durchweg einer sorgfältigen Reinigung, wobei seine abgetheilten Theile mit Carbolsäurelösung zu behandeln sind, zu unterwerfen und in einem warmen, luftigen und trockenen Raume mindestens drei Tage lang zu belüften. Die bei der Reinigung verwendeten Lappen sind zu verbrennen. Zur Ausführung der Carbolsäurelösung wird 1 Gewichtstheil verflüssigte Carbolsäure (Carbolicum liq. des Arzneibuchs für das Deutsche Reich) mit 30 Theilen Wasser gemischt. 3. Ist ein Schlafwagen von einem Pestkranken benutzt, so muss die während der Fahrt gebrauchte Wäsche desinficirt werden. Der Zweck ist sie in Tücher, welche mit Carbolsäurelösung stark befeuchtet und ausgeschlagen und alsdann in ein Gefäss mit Carbolsäurelösung so, dass sie vollständig bedeckt wird, zu legen; frühestens nach zwei Stunden ist die Wäsche mit Wasser zu spülen und zu reinigen. Zur Wäsche sind zu rechnen: die Bezüge der Bettkissen und der Decken, sowie die Handtücher. Die Betten des Wagens selbst hat in der unter Ziffer 2 vorgeschriebenen Weise zu desinficiren; dabei sind jedoch auch die von den Kranken benutzten Bettkissen, und beweglichen Matratzen in der dort angegebenen Weise einzuschlagen und der Dampfdesinfection zu unterwerfen. Statt der Desinfection mit Carbolsäurelösung kann die Wäsche auch der Dampfdesinfection unterworfen werden. Für den Fall, dass es sich als nothwendig erweisen sollte, einen Schlafwagenlauf gänzlich zu unterbrechen, bleibt Bestimmung vorbehalten. 4. Die vorstehenden Bestimmungen gemässige Anwendung bei Erkrankungen von Zug- und Postbeamten in den benutzten Gepäck- und Postwagen. 5. Die mit der Desinfection beauftragten Beamten haben jedes Mal, wenn sie mit inficirten Dingen in Berührung gekommen sind, die Hände durch sorgfältiges Waschen mit Carbolsäurelösung zu desinficiren und sich sonst gründlich zu reinigen. Es empfiehlt sich, dass die Desinficirbaren Oberkleider tragen; diese sind in derselben Weise wie die Wäsche des Schlafwagens zu desinficiren.

Verhaltensmaassregeln für das Eisenbahnpersonal bei pestartigen Erkrankungen auf der Eisenbahnfahrt. 1. Von jeder Erkrankung, welche während der Eisenbahnfahrt vorkommt, hat der Zugführer sofort Meldung zu machen. 2. Der Schaffner hat sich desinfectiren nach Kräften anzunehmen; er hat alsdann jedoch jede Berührung mit dem Kranken nach Möglichkeit zu vermeiden. 3. Der Erkrankte ist der nächsten Uebergabestation zu übergeben, wenn er dies wünscht, oder wenn sein Zustand eine Weiterbeförderung unthunlich macht. Berührt der Zug auf der nächsten Uebergabestation eine Zwischenstation, so hat der Zugführer sofort beim Eintreffen dem diensthabenden Stationsbeamten Anzeige zu geben; dieser hat alsdann der Krankenübergabestation ungesäumt telegraphisch

Meldung zu erstatten, damit möglichst die unmittelbare Abnahme des Erkrankten an dem Zuge selbst durch die Krankenhausverwaltung, die Polizei oder die Gesundheitsbehörde veranlasst werden kann. Verlangt der Erkrankte seine Reise fortzusetzen, so ist die ärztliche Entscheidung darüber, ob der Reisende weiter befördert werden darf, auf der nächsten Station, auf welcher ein Arzt anwesend ist, einzuholen. Will der Erkrankte den Zug auf einer Station vor der nächsten Uebergabestation verlassen, so ist er hieran nicht zu hindern, der Zugführer hat aber dem diensthabenden Beamten der Station, auf welcher der Erkrankte den Zug verlässt, Meldung zu machen, damit der Beamte, falls der Erkrankte nicht bis zum Eintreffen ärztlicher Hülfe auf dem Bahnhofe, wo er möglichst abzusondern sein würde, bleiben will, seinen Namen, Wohnort und sein Absteigequartier feststellen und unverzüglich der nächsten Polizeibehörde unter Angabe der näheren Umstände mittheilen kann. 4. Sämmtliche Reisenden, ausgenommen solche Personen, welche zur Unterstützung bei dem Erkrankten bleiben, sind aus dem Wagenabtheil, in welchem sich derselbe befindet, zu entfernen und in einem anderen Abtheil, abgesondert von den übrigen Reisenden, unterzubringen. 5. Die Zugbeamten haben, wenn sie mit einem Erkrankten in Berührung gekommen sind, sich sorgfältig zu reinigen. Das Gleiche ist Reisenden in derselben Lage zu empfehlen.“

Die Ausführungsbestimmungen zum Reichsseuchengesetz betreffend die übrigen gemeingefährlichen Krankheiten sind noch nicht erlassen.

c) Internationale Vereinbarungen zur Bekämpfung ansteckender Krankheiten. Die Bestimmungen der nachstehenden „Uebereinkunft der internationalen Sanitätsconferenz in Dresden vom 15. April 1897, welche sich auf die Cholera beziehen und durch die „Pestconferenz in Venedig vom 19. März 1897“ auf die Pest ausgedehnt worden sind, finden auch entsprechende Anwendung auf alle gemeingefährlichen und übertragbaren Krankheiten:

Uebereinkunft. Seine Majestät der Deutsche Kaiser, König von Preussen im Namen des Deutschen Reichs; Seine Majestät der Kaiser von Oesterreich, König von Böhmen etc. etc. und apostolischer König von Ungarn; Seine Majestät der König der Belgier; der Präsident der Französischen Republik; Seine Majestät der König von Italien; Seine Königliche Hoheit der Grossherzog von Luxemburg; Seine Hoheit der Fürst von Montenegro; Ihre Majestät die Königin der Niederlande und in Ihrem Namen Ihre Majestät die Königin-Regentin des Königreichs; Seine Majestät der Kaiser von Russland; der Schweizerische Bundesrath, haben in der Absicht, zum Schutze der öffentlichen Gesundheit in Zeiten des epidemischen Auftretens der Cholera gemeinsame Maassregeln zu vereinbaren, durch welche dem Handels- und Reiseverkehr keine unnöthigen Schranken auferlegt werden, zu Ihren Bevollmächtigten ernannt: Seine Majestät der Deutsche Kaiser, König von Preussen u. s. w. u. s. w. welche nach gegenseitiger Mittheilung ihrer in guter und gehöriger Form befundenen Vollmachten folgende Bestimmungen vereinbart haben: I. Was die auf den Reise- und Warenverkehr anwendbaren internationalen Vorbeugungsmaassregeln anlangt: so sollen fortan die in Anlage I zu der gegenwärtigen Uebereinkunft aufgeführten und näher bezeichneten Maassnahmen in Anwendung kommen. II. Was das Sanitätswesen an der Donaumündung (Sulinamündung) betrifft: so sind die in Anlage II enthaltenen Bestimmungen zur Annahme gelangt. III. Die beigelegten Anlagen haben dieselbe Geltung, als wären sie in die gegenwärtige Uebereinkunft mit aufgenommen. IV. Die gegenwärtige Uebereinkunft soll vom Tage der Ratification ab fünf Jahre in Geltung bleiben. Dieselbe wird durch stillschweigende Erneuerung von fünf zu fünf Jahren verlängert, wenn nicht seitens eines der hohen vertragschliessenden Theile sechs Monate vor Ablaufs dieses Zeitraumes eine Kündigung erfolgt. Die Kündigung hat

mkeit bezüglich desjenigen Landes oder derjenigen Länder, welche dieselbe aben. Für die übrigen Staaten bleibt die Uebereinkunft verbindlich. Auch die hohen vertragschliessenden Theile das Recht vor, in der Uebereinkunft ihren Anlagen Aenderungen, welche sich als nothwendig erweisen sollten, diplomatischer Verhandlungen herbeizuführen. Die gegenwärtige Uebereinkunft ist ratificirt und die Ratificationsurkunden sollen sobald als möglich und innerhalb einer mit dem fünfzehnten April eintausend achthundert und neunzig beginnenden sechsmonatlichen Frist in Berlin niedergelegt werden. dessen haben die betreffenden Bevollmächtigten die Uebereinkunft voll ihre Insiegel begedrückt. So geschehen in zehn Exemplaren in Dresden, den 15ten April eintausend achthundert und drei und neunzig.

#### Anlagen zu der Uebereinkunft.

1. Maassregeln, um die der Uebereinkunft beigetretenen Staaten über den Stand einer Choleraepidemie sowie über die zur Verhütung der Ausbreitung und Verschleppung derselben in seuchenden Ländern angewandten Mittel auf dem Laufenden zu erhalten. 2. Benachrichtigung und weitere Mittheilungen.

Die Regierung des verseuchten Landes muss den übrigen Regierungen Nachricht abgeben, sobald sich ein Choleraherd gebildet hat. Diese Maassregel ist von besonderer Wichtigkeit. Von wirklichem Werth ist dieselbe nur dann, wenn die betreffende Regierung selbst von dem Auftreten von Cholera und choleraverdächtigen Krankheitsfällen im betreffenden Gebiet stets zuverlässig unterrichtet ist. Die Einführung der Anordnungen für die Aerzte bei Cholerafällen kann den verschiedenen Regierungen des betreffenden Landes empfohlen werden.

Der Stand der Benachrichtigung unter den Regierungen ist das Vorhandensein eines Choleraherdes, der Ort, wo er sich gebildet hat und der Zeitpunkt seines Entstehens. Die Zahl der klinisch festgestellten Krankheitsfälle, sowie die Zahl der Todesfälle und der bleibenden Fälle brauchen nicht mitgetheilt zu werden. Die Benachrichtigung erfolgt an die diplomatischen oder konsularischen Vertretungen in der betreffenden Stadt des verseuchten Landes. Für die Länder, welche dort nicht vertreten sind, erfolgt die Benachrichtigung direkt auf telegraphischem Wege an die betreffenden Regierungen.

Bei der ersten Benachrichtigung müssen demnächst weitere regelmässige Mittheilungen folgen, welche geeignet sind, die Regierungen über die Entwicklung der Epidemie auf dem Laufenden zu erhalten. Diese Mittheilungen haben mindestens einmal zu erfolgen. Die Angaben über das Auftreten und die Entwicklung der Epidemie müssen so vollständig wie möglich sein. Dieselben sollen namentlich die zur Verhütung der Ausbreitung der Epidemie ergriffenen Maassregeln und im einzelnen die Bestimmungen aufführen, welche erlassen sind: 1. Die Anordnungen der Gesundheitspolizeilichen Inspektion oder der ärztlichen Unter-

2. Die Anordnungen für die Isolirung,

3. Die Anordnungen für die Desinfection, sowie die Anordnungen für die Abfahrt der Schiffe und die Abfuhr von Gegenständen, welche Träger des Ansteckungsstoffes sein können. 4. Zwischen den aneinander grenzenden Ländern bleibt es vorbehalten, durch besondere Anordnungen einen direkten Nachrichtenaustausch zwischen den Vorständen der Behörden an der Grenze einzurichten. Die Regierung jedes Staates soll die Anordnungen, die diejenigen Schutzmaassregeln sofort zu veröffentlichen, deren Anord-

nung sie bezüglich der Herkünfte aus einem verseuchten Lande oder aus einem verseuchten örtlichen Bezirk für erforderlich hält. Die Veröffentlichung muss sie sogleich dem in der Hauptstadt ihres Landes residirenden diplomatischen oder konsularischen Vertreter des verseuchten Landes mittheilen. In Ermangelung einer diplomatischen oder konsularischen Vertretung in der Hauptstadt hat die Mittheilung direkt an die Regierung des beteiligten Landes zu erfolgen. Die Aufhebung sowie etwaige Abänderung dieser Maassregeln sind auf demselben Wege bekannt zu geben.

**Titel 2.** Voraussetzungen, unter denen ein örtlicher Bezirk als verseucht oder als rein anzusehen ist.

Als verseucht wird jeder örtliche Bezirk angesehen, in welchem das Vorhandensein eines Choleraherdes amtlich festgestellt worden ist. Als nicht mehr verseucht wird jeder örtliche Bezirk angesehen, in welchem zwar ein Choleraherd bestanden hat, in dem aber zufolge amtlicher Feststellung seit 5 Tagen weder ein Todesfall noch ein neuer Erkrankungsfall an Cholera vorgekommen ist, vorausgesetzt, dass die erforderlichen Desinfectionsmassregeln zur Ausführung gelangt sind. Die Schutzmassregeln sollen gegen das verseuchte Gebiet von dem Zeitpunkt an in Wirksamkeit treten, wo der Ausbruch der Epidemie amtlich festgestellt ist. Diese Massregeln sind ausser Wirksamkeit zu setzen, sobald der Bezirk amtlich wieder für rein erklärt worden ist. Als Grund zur Anwendung dieser Massregel soll es nicht gelten, wenn in einem örtlichen Bezirk vereinzelte Fälle vorgekommen sind, die keinen Choleraherd bilden.

**Titel 3.** Nothwendigkeit, die zur Verhinderung der Ausbreitung der Epidemie bestimmten Massregeln auf diejenigen örtlichen Bezirke zu beschränken, welche verseucht sind.

Um die Unwirksamkeit der ergriffenen Schutzmassregeln ausschliesslich auf die von der Cholera betroffenen Gebietstheile zu beschränken, sollen die Regierungen dieselben nur für Herkünfte aus verseuchten Bezirken in Anwendung bringen. Indessen braucht diese Beschränkung der Schutzmassregeln auf den verseuchten Bezirk nur unter der ausdrücklichen Voraussetzung eingehalten zu werden, dass die Regierung des verseuchten Landes die erforderlichen Anordnungen trifft, um die Ausfuhr solcher Gegenstände, welche Träger des Ansteckungsstoffs sein können, aus dem verseuchten Bezirk zu verhüten. Ist ein Bezirk verseucht, so sollen keine Vorbeugungsmassregeln gegen diejenigen Herkünfte ergriffen werden, welche aus denselben mindestens 5 Tage vor dem Ausbruch der Epidemie ausgeführt worden sind.

**Titel 4.** Waaren oder Gegenstände, welche Träger des Ansteckungsstoffs sein können und als solche für den Erlass von Ein- und Durchfuhrverboten sowie für die Anordnung einer Desinfection in Betracht kommen.

#### 1. Ein- und Durchfuhr.

Die einzigen Gegenstände oder Waaren, welche Träger des Ansteckungsstoffs sein können und als solche von der Einfuhr ausgeschlossen werden dürfen, sind:

1. Leibwäsche, alte und getragene Kleidungsstücke (Bekleidungsgegenstände des täglichen Gebrauchs), gebrauchtes Bettzeug. Wenn diese Gegenstände als Reisegepäck oder in Folge eines Wohnungswechsels (Umzugs) zur Versendung kommen, so unterliegen dieselben besonderen Bestimmungen.
2. Hadern und Lumpen.

Es dürfen nicht verboten werden:

- a) hydraulisch zusammengepresste Lumpen, welche in eisenbeschlagenen Ballen im Grosshandel versendet werden und mit Ursprungsmarken und -Nummern versehen sind, die von den Behörden des Bestimmungslandes anerkannt sind;

- b) neue Abfälle, welche direkt aus Spinnereien, Webereien, sowie aus Confections- und Bleichanstalten kommen; Kunstwolle (Shoddy) und neue Papierschnitzel. Die Durchfuhr von Waaren und Gegenständen, welche Träger des Ansteckungsstoffs sein können, darf nicht untersagt werden, sofern dieselben so verpackt sind, dass unterwegs eine Berührung damit nicht möglich ist. Ebenso soll der Umstand, dass Waaren oder Gegenstände, welche Träger des Ansteckungsstoffs sein können, durch einen verseuchten örtlichen Bezirk befördert worden sind, kein Hinderniss für ihre Einfuhr in das Bestimmungsland bilden, sofern die Beförderung so erfolgt ist, dass unterwegs eine Berührung mit von Cholera-Entleerungen beschmutzten Gegenständen nicht stattfinden können. Auf die Waaren oder Gegenstände, welche Träger des Ansteckungsstoffs sein können, finden die erlassenen Einfuhrverbote alsdann keine Anwendung, wenn der Behörde des Bestimmungslandes nachgewiesen wird, dass sie mindestens 5 Tage vor Ausbruch der Epidemie zur Absendung gelangt sind. Es ist nicht statthaft, dass Waaren an den Landgrenzen in Quarantäne zurückbehalten werden. Der einfache Ausschluss derselben von der Einfuhr oder die Desinfection sind die einzigen zulässigen Massregeln.

. Desinfection.

Reisegepäck. Der Desinfection sollen in allen Fällen unterworfen werden zuge Wäsche, alte und getragene Kleidungsstücke und sonstige Gegenstände, zum Gepäck eines Reisenden oder zum Mobiliar eines Umziehenden (Umzugsgehören) und die aus einem für verseucht erklärten örtlichen Bezirk stammen, dieselben nach der Ansicht der lokalen Gesundheitsbehörde als mit Cholera-Entleerungen beschmutzt zu erachten sind.

Waaren. Die Desinfection darf nur bei solchen Waaren und Gegenständen angesetzt werden, welche nach der Ansicht der lokalen Gesundheitsbehörde als mit Cholera-Entleerungen beschmutzt zu erachten sind oder deren Einfuhr verboten sein kann.

Die Entscheidung darüber, in welcher Weise und wo die Desinfection stattzuhaben soll, steht den Behörden des Bestimmungslandes zu. Die Desinfection muss so geführt werden, dass sie die Gegenstände möglichst wenig beschädigt. Die Frage, ob der aus einer Desinfection sich ergebende Schaden zu einem Anspruch berechtigen soll, wird jedem einzelnen Staat überlassen. Briefe und Zeitungen, Drucksachen, Bücher, Zeitungen, Geschäftspapiere u. s. w. (ausserlich der Postpakete) sollen weder einer Einfuhrbeschränkung noch auch einer Desinfection unterliegen.

Artikel 5. Massregeln an den Landgrenzen. Eisenbahndienst.

Die für die Beförderung der Reisenden, der Post und des Reisegepäcks benutzten Wagen dürfen an der Grenze nicht zurückgehalten werden. Wenn ein Wagen mit Cholera-Entleerungen beschmutzt ist, so soll er an der Grenze bei der nächsten Haltestelle, sobald dies möglich ist, zum Zweck der Desinfection abgehängt werden. Ebenso ist mit den Güterwagen zu verfahren. Quarantänen sollen in Zukunft nicht mehr errichtet werden. Nur die an der Grenze oder unter choleraartigen Erscheinungen erkrankten Personen dürfen zurückgehalten werden.

Es ist von Wichtigkeit, dass die Reisenden in Bezug auf ihren Gesundheitszustand während der Beförderung durch das Eisenbahnpersonal unterzogen werden.

Das ärztliche Eingreifen soll sich auf eine Besichtigung der Reisenden und die



Fürsorge für die Kranken beschränken. Wenn eine ärztliche Besichtigung stattfindet, so soll dieselbe thunlichst mit der Zollrevision verbunden werden, damit die Reisenden möglichst wenig aufgehalten werden.

Es wäre von der grössten Wichtigkeit, die aus einem verseuchten Ort kommenden Reisenden nach ihrer Ankunft am Bestimmungsort einer fünftägigen, vom Tage der Abreise an zu rechnenden gesundheitspolizeilichen Ueberwachung zu unterwerfen. Die bezüglich des Grenzüberganges für das Personal der Eisenbahn und der Post zu treffenden Maassregeln sind Sache der betheiligten Verwaltungen und sollen so eingerichtet sein, dass sie den regelmässigen Dienst nicht stören. Die Regierungen behalten sich das Recht vor, für gewisse Kategorien von Personen, insbesondere

- a) für Zigeuner und Vagabunden, sowie
- b) für Auswanderer und solche Personen, welche in Trupps reisen oder die Grenze überschreiten,

besondere Maassnahmen zu treffen.

#### Titel 6. Besondere Bestimmungen für die Grenzbezirke.

Die Regelung des Grenzverkehrs und der damit zusammenhängenden Fragen, sowie die Anordnung besonderer Ueberwachungsmaassregeln in dieser Beziehung bleiben den besonderen Vereinbarungen zwischen den aneinander grenzenden Staaten überlassen.

#### Titel 7. Flussläufe, Flüsse, Kanäle und Seen.

Die gesundheitspolizeiliche Regelung für die Flussläufe bleibt den besonderen Vereinbarungen zwischen den Uferstaaten überlassen. Es werden in dieser Beziehung die im Jahre 1892 erlassenen deutschen Reglements empfohlen, deren Anwendung günstige Ergebnisse gehabt hat.

#### Titel 8. Seeverkehr. Maassnahmen in den Häfen.

Als verseucht gilt ein Schiff, welches entweder Cholera an Bord hat oder auf welchem während der letzten 7 Tage neue Cholerafälle vorgekommen sind.

Als verdächtig gilt ein Schiff, auf welchem zur Zeit der Abfahrt oder während der Reise Cholerafälle vorgekommen sind, auf dem aber während der letzten 7 Tage kein neuer Fall sich ereignet hat.

Als rein gilt ein Schiff, wenngleich es aus einem verseuchten Hafen kommt, in dem Falle, wenn es weder vor der Abfahrt noch während der Reise, noch auch bei der Ankunft einen Cholera-Todes- oder Krankheitsfall an Bord gehabt hat.

Verseuchte Schiffe unterliegen folgenden Bestimmungen:

1. Die Kranken werden sofort ausgeschifft und isolirt.
2. Die übrigen Personen müssen womöglich gleichfalls ausgeschifft und einer Beobachtung unterworfen werden, deren Dauer sich nach dem Gesundheitsstand des Schiffes und nach dem Zeitpunkt des letzten Krankheitsfalles richtet, die indessen den Zeitraum von 5 Tagen nicht überschreiten darf.
3. Die schmutzige Wäsche, die Bekleidungsgegenstände des täglichen Gebrauchs und sonstige Sachen der Schiffsmannschaft und der Reisenden sollen, sofern dieselben nach der Ansicht der Hafengesundheitsbehörde als mit Cholera-Entleerungen beschmutzt zu erachten sind, ebenso wie das Schiff oder auch nur der mit Cholera-Entleerungen beschmutzte Theil desselben desinficirt werden.

Verdächtige Schiffe sind nachstehenden Bestimmungen unterworfen:

1. Aerztliche Revision.
2. Desinfection: die schmutzige Wäsche, die Bekleidungsgegenstände des täglichen Gebrauchs und sonstige Sachen der Schiffsmannschaft und der Reisenden sollen, sofern dieselben nach der Ansicht der Hafengesund-

heitsbehörde als mit Cholera-Entleerungen beschmutzt zu erachten sind, lesinfcirt werden.

Auspumpen des Kielwassers nach erfolgter Desinfection und Ersatz des an Bord befindlichen Wasservorraths durch gutes Trinkwasser.

empfiehlt sich, die Mannschaft und die Reisenden in Bezug auf ihren Gesundheitszustand während eines Zeitraumes von 5 Tagen seit der Ankunft des Schiffes unter Gesundheitspolizeilichen Ueberwachung zu unterziehen. Ebenso empfiehlt sich, das Anlandgehen der Mannschaft zu verhindern, es sei denn, dass das Anlandgehen des Schiffes Dienstes das Anlandgehen nothwendig machen.

Die Schiffe sind sofort zum freien Verkehr zuzulassen, wie auch immer ihr Gesundheitszustand lauten mag. Die einzigen Bestimmungen, welche die Behörde des Ankunfts Hafens ihnen gegenüber treffen darf, bestehen in den auf verdächtige Schiffe anzuwendenden Maassregeln (ärztliche Revision, Desinfection, Auspumpen des Kielwassers und Ersatz des an Bord befindlichen Wasservorraths durch gutes Trinkwasser). Es empfiehlt sich, die Reisenden und die Schiffsmannschaft in Bezug auf ihren Gesundheitszustand bis zum Ablauf eines Zeitraums von 5 Tagen, dessen Beginn am Tage der Abfahrt des Schiffes aus dem verseuchten Hafen gerechnet wird, unter Gesundheitspolizeilichen Ueberwachung zu unterwerfen. Ebenso empfiehlt sich, das Anlandgehen der Mannschaft zu verhindern, es sei denn, dass Gründe des Dienstes das Anlandgehen nothwendig machen.

Die zuständige Behörde des Ankunfts Hafens ist unter allen Umständen berechtigt eine Bescheinigung darüber zu verlangen, dass auf dem Schiff im Abgangsort keine Cholerafälle vorgekommen sind. Die zuständige Hafenbehörde soll bei Anwendung dieser Maassregeln den Umstand in Rechnung ziehen, ob sich an dem betreffenden Orte drei Kategorien von Schiffen ein Arzt und ein Desinfectionsdienst findet.

Andere Maassregeln können getroffen werden für mit Personen besonders verseuchte Schiffe, namentlich für Auswandererschiffe, sowie für alle anderen Schiffe, welche ungünstige gesundheitliche Verhältnisse aufweisen. Die zur See ankommenden Waaren dürfen in Bezug auf Desinfection, Einfuhrverbote, Durchfuhrverhinderung und Quarantäne nicht anders behandelt werden, als die zu Lande beförderten Waaren (vgl. Tit. 4).

Ein Schiff, welches sich den von der Hafenbehörde ihm auferlegten Maassregeln unterwerfen will, soll es frei stehen, wieder in See zu gehen.

Ein Schiff kann jedoch die Erlaubniss erhalten, seine Waaren zu löschen, nach erforderlichen Vorsichtsmaassregeln getroffen worden sind, nämlich

Isolirung des Schiffes, der Mannschaft und der Reisenden;

Auspumpen des Kielwassers nach erfolgter Desinfection;

Ersatz des an Bord befindlichen Wasservorraths durch gutes Trinkwasser.

Es kann dem Schiff gestattet werden, die Reisenden, welche dies wünschen, zu setzen, unter der Bedingung, dass die betreffenden Reisenden sich den von der Hafenbehörde vorgeschriebenen Maassregeln unterwerfen.

Das Land muss wenigstens einen Hafen an der Küste jedes Landes mit ausreichenden Einrichtungen und Anstalten versehen, um die Schiffe ohne Rücksicht auf ihren Gesundheitszustand aufzunehmen zu können. Die Küstenfahrzeuge unterliegen besonderen, zwischen den Ländern zu vereinbarenden Bestimmungen.

## II.

Maassregeln in Betreff der aus einem verseuchten Hafen kommenden Schiffe, die die Donau stromaufwärts fahrenden Schiffe.

So lange, bis die Stadt Sulina mit gutem Trinkwasser versehen sein wird, sollen die Fahrzeuge, welche stromaufwärts gehen wollen, einer strengen gesundheitspolizeilichen Behandlung unterworfen werden. Eine zu starke Besetzung der Schiffe mit Reisenden ist streng verboten.

#### I. In Sulina zu ergreifende Maassregeln:

Die Fahrzeuge, welche auf der Donau nach Rumänien hineinfahren wollen, müssen bis nach Beendigung der ärztlichen Revision und bis nach vollständiger Vornahme der Desinfectionsmaassregeln zurückgehalten werden.

Die in Sulina ankommenden Schiffe haben, bevor sie die Donau hinaufahren dürfen, sich einer oder mehreren strengeren ärztlichen Revisionen zu unterziehen, die am Tage vorgenommen werden. Jeden Morgen, zu einer bestimmten Zeit, hat sich der Arzt über den Gesundheitszustand des ganzen Schiffspersonals zu vergewissern, und er darf die Einfahrt nur dann gestatten, wenn er das gesammte Schiffspersonal für vollkommen gesund erachtet. Er hat dem Capitän oder dem Bootsführer einen Gesundheitsspass, ein Patent oder ein Zeugniß auszuhändigen, welches bei jedem späteren Anlegen des Schiffs vorzuzeigen ist.

Die ärztliche Revision findet täglich statt.

Die Dauer des Aufenthalts in Sulina soll für nicht verseuchte Schiffe den Zeitraum von drei Tagen nicht übersteigen. Die Desinfection der mit Choleraentleerungen beschmutzten Wäschestücke ist sogleich nach der Ankunft vorzunehmen. Das an Bord etwa vorhandene Wasser von zweifelhafter Beschaffenheit ist durch gutes Trinkwasser zu ersetzen. Das Kielwasser wird desinficirt.

Die vorerwähnten Maassregeln sollen nur auf Herkünfte aus solchen Häfen angewendet werden, in denen sich ein Choleraherd gebildet hat.

Ein Schiff, welches aus einem nicht verseuchten Hafen -- d. h. aus einem Hafen, in dem kein Choleraherd vorhanden ist -- kommt, darf, falls es sich nicht den vorstehend bezeichneten Beschränkungen unterwerfen will, Reisende, die aus einem verseuchten Hafen kommen, nicht aufnehmen.

Er erscheint angezeigt, die sanitären Veranstaltungen in Sulina zu vervollkommen, dieselben mit den, den jetzigen Anschauungen entsprechenden Vorrichtungen, namentlich auch für die Desinfection zu versehen und den dortigen Zustand so zu verbessern, dass Kranke von einem verseuchten Schiffe, sowie andere Reisende ans Land gesetzt und isolirt werden können.

#### II. Maassregeln an den Ufern des Flusses:

An den Ufern des Flusses sind Sanitätsstationen minderer Ordnung in der Weise einzurichten, dass etwa auf dem Schiffe befindliche Kranke dort ans Land geschafft werden können. Diese Stationen müssen mit gutem Trinkwasser und den nöthigen Desinfectionsmitteln versehen sein. In dieser Beziehung wird zwischen der russischen und der rumänischen Regierung eine Verständigung stattzufinden haben.

Auf jeder Sanitätsstation sowie auf jedem bedeutenderen Haltepunkt wird ein Arzt stationirt. Auf jeder Station muss ein gehörig isolirter Raum bereit stehen.

Alle Fahrzeuge haben sich bei der Vorbeifahrt an diesen Stationen einer ärztlichen Revision zu unterwerfen. Wenn sich choleraerkrankte oder -verdächtige Personen an Bord befinden, so sind dieselben ans Land zu schaffen und zu isoliren. Die anderen Personen müssen gleichfalls ans Land geschafft und fünf Tage lang isolirt werden.

Die Cabinen, Schlafräume und anderen Räumlichkeiten, welche mit Choleraentleerungen in Berührung gekommen sind, sowie die Wäsche, die gebrauchten Kleidungsstücke und sonstigen Gegenstände, welche von Choleraentleerungen beschmutzt sind, werden desinficirt, ebenso der Kielraum; das Wasser von zweifelhafter Beschaffenheit an Bord wird durch gutes Trinkwasser ersetzt.

Auf den Fahrzeugen, welche keine kranken oder verdächtigen Personen an Bord haben, sind die Aborte und der Kielraum zu desinficiren, das an Bord befindliche Wasser, welches etwa verdorben sein könnte, ist durch gutes Trinkwasser zu ersetzen.

Nach Vornahme der ärztlichen Revision empfängt der Capitän oder Schiffserster ein Zeugniß über die angewendeten Vorsichtsmaassregeln und die stattgehabte Infection: dieses Zeugniß soll im Uebrigen auch die Zahl der Reisenden und Mannschaftsbesatzung enthalten. Dasselbe ist auf den verschiedenen Stationen vorzuzeigen, wenn das Fahrzeug in einen neuen Bezirk kommt, so ist es einer neuen ärztlichen Revision zu unterziehen. Der Kielraum wird von Neuem desinficirt, wenn das Wasser nicht mehr in unzweifelhafter Weise Sublimat oder Kalk mit alkalischer Reaction enthält.

d) Gesundheitspolizeiliche Controlle der einen deutschen Hafen anlaufenden Seeschiffe.

Die in Anlage I. der vorstehenden Uebereinkunft, Titel 8 vorgesehenen Bestimmungen über die gesundheitspolizeiliche Controlle der Seeschiffe sind für Deutschland einheitlich geregelt durch Verordnungen, welche auf nachstehenden seitens des Reichskanzlers durch die Rundschreiben vom 2. April 1895 und vom 1. Februar 1897 in Anregung gebrachten Vorschriften beruhen:

### Vorschriften, betreffend die gesundheitspolizeiliche Controlle der einen deutschen Hafen anlaufenden Seeschiffe.

§ 1. Jedes einen deutschen Hafen anlaufende Seeschiff unterliegt der gesundheitspolizeilichen Controlle

1. wenn es im Abgangshafen oder während der Reise Fälle von Cholera, Typhus, Malaria oder Pest an Bord gehabt hat,

2. wenn es aus einem Hafen kommt, gegen dessen Herkunft die Ausübung der Controlle angeordnet worden ist.

§ 2. Die in dem § 1 vorgesehene gesundheitspolizeiliche Controlle findet, wenn es sich um Gelbfieber handelt, nur innerhalb der Zeit vom 15. Mai bis 15. September statt.

§ 3. Jedes der gesundheitspolizeilichen Controlle unterliegende Schiff (§ 1) muß beim Einlaufen in das zum Hafen führende Fahrwasser, jedenfalls aber, sobald es sich dem Hafen auf Schweite nähert, eine gelbe Flagge am Fockmast setzen. Es darf, unbeschadet der Annahme eines Lootsen oder eines Schleppdampfers, nicht mit dem Lande noch mit einem anderen Schiffe, abgesehen vom Zollschiffe, in Berührung treten, auch die vorbezeichnete Flagge nicht einziehen, bevor es durch Verfügung der Hafenbehörde zu freiem Verkehr zugelassen ist. Der gleichen Verkehrschränkung unterliegen neben der Mannschaft sämmtliche an Bord befindlichen Personen. Privatpersonen ist der Verkehr mit einem Schiffe, welches die gelbe Flagge führt, untersagt. Wer dieses Verbot übertritt, wird als zu dem controlpflichtigen Schiffe gehörend behandelt.

§ 4. Der Lootse und die Hafenbehörde haben beim Einlaufen eines Schiffes in den Hafen durch Befragung des Schiffers oder seines Vertreters festzustellen, ob der Schiff auf das Schiff Anwendung findet, und auf die Befolgung der Vorschriften des § 3 zu achten.

§ 5. In den Fällen des § 1 wird dem Schiffer oder dessen Vertreter durch den Lootsen oder einen Beauftragten der Hafenbehörde ein nach Maassgabe der Anlage I. festgestellter Fragebogen behändigt. Auf demselben haben der Schiffer, der Steuermann und, falls ein Arzt die Reise als Schiffsarzt mitgemacht hat, bezüglich der

unter No. 10, 11, 12 aufgestellten Fragen, auch der Schiffsarzt die verlangte Auskunft alsbald wahrheitsgemäss und so, dass sie von ihnen demnächst eidlich bestätigt werden kann, zu ertheilen. Der ausgefüllte Fragebogen ist von den genannten Personen zu unterschreiben und nebst den sonstigen zur Beurtheilung der Gesundheitsverhältnisse des Schiffes geeigneten Papieren zur Verfügung der Hafenbehörde zu halten.

§ 6. Jedes der gesundheitspolizeilichen Controle unterliegende Schiff (§ 1), nebst Insassen wird — nach Erfüllung der in den §§ 3 und 5 vorgesehenen Vorschriften — sobald wie möglich nach der Ankunft, jedoch nicht während der Nachtzeit, durch einen beamteten Arzt untersucht. Von dem Ergebniss dieser ärztlichen Untersuchung hängt in jedem Falle die weitere Behandlung des Schiffes ab.

§ 7. Hat ein Schiff Cholera an Bord oder sind auf einem Schiffe innerhalb der letzten sieben Tage vor seiner Ankunft Cholerafälle vorgekommen, so gilt dasselbe als verseucht und unterliegt folgenden Bestimmungen:

1. Die an Bord befindlichen Kranken werden ausgeschifft und in einen zur Aufnahme und Behandlung geeigneten abgesonderten Raum gebracht, wobei eine Trennung derjenigen Personen, bei welchen die Cholera festgestellt worden ist, und der nur verdächtigen Kranken stattzufinden hat. Sie verbleiben dort bis zur Genesung oder bis zur Beseitigung des Verdachts.

2. An Bord befindliche Leichen sind unter den erforderlichen Vorsichtsmaßnahmen alsbald zu bestatten.

3. Die übrigen Personen (Reisende und Mannschaft) werden in Bezug auf ihren Gesundheitszustand weiterhin einer Beobachtung unterworfen, deren Dauer sich nach dem Gesundheitsstand des Schiffes und nach dem Zeitpunkt des letzten Erkrankungsfalles richtet, keinesfalls aber den Zeitraum von 5 Tagen überschreiten darf. Zum Zwecke der Beobachtung sind sie entweder am Verlassen des Schiffes zu verhindern, oder, soweit nach dem Ermessen der Hafenbehörde ihre Ausschiffung thunlich und erforderlich ist, an Land in einem abgesonderten Raum unterzubringen. Letzteres gilt insbesondere dann, wenn die Mannschaft zum Zwecke der Abmusterung das Schiff verlässt. Reisende, welche nachweislich mit Choleraerkrankten nicht in Berührung gekommen sind, können aus der Beobachtung entlassen werden, sobald durch den beamteten Arzt festgestellt ist, dass Krankheitserscheinungen, welche den Ausbruch der Cholera befürchten lassen, bei ihnen nicht vorliegen. Jedoch hat in solchen Fällen die Hafenbehörde unverzüglich der für das nächste Reiseziel zuständigen Polizeibehörde Mittheilung über die bevorstehende Ankunft der Reisenden zu machen, damit letztere dort einer gesundheitspolizeilichen Ueberwachung unterworfen werden können. Findet die Beobachtung der Schiffsmannschaft an Bord statt, so ist das Anlandgehen derselben während der Beobachtungszeit nur insoweit zu gestatten, als Gründe des Schiffsdienstes es erforderlich machen.

4. Alle nach dem Ermessen des beamteten Arztes als mit Choleraentleerungen beschmutzt zu erachtenden Wäschestücke, Bekleidungsgegenstände des täglichen Gebrauchs und sonstigen Sachen der Schiffsmannschaft und der Reisenden sind zu desinficiren. Das Gleiche gilt bezüglich derjenigen Schiffsräumlichkeiten und Theile, die als mit Choleraentleerungen beschmutzt anzusehen sind.

5. Bilgewater, von dem nach Lage der Verhältnisse angenommen werden muss, dass es Cholerakeime enthält, ist zu desinficiren und demnächst, wenn thunlich, auszupumpen.

6. Der in einem verseuchten oder verdächtigen Hafen eingenommene Wasserballast ist, sofern er im Bestimmungshafen ausgepumpt werden soll, zuvor zu desinficiren:

ist sich eine Desinfection nicht ausführen, so hat das Auspumpen des Wasserlastes auf hoher See zu geschehen.

7. Das an Bord befindliche Trinkwasser ist, sofern es nicht völlig unverdächtig scheint, nach erfolgter Desinfection auszupumpen und durch gutes Trinkwasser zu ersetzen. In allen Fällen ist darauf zu achten, dass Choleraentleerungen und verunreinigtes Wasser aus dem Schiffe nicht undesinfectirt in das Hafenwasser gelangen.

§ 8. Sind auf einem Schiffe Cholerafälle vorgekommen, jedoch nicht innerhalb der letzten sieben Tage vor der Ankunft, so gilt es als verdächtig. Nach erfolgter ärztlicher Untersuchung (§ 6) ist die Mannschaft, sofern der beauftragte Arzt dies für nothwendig erachtet, hinsichtlich ihres Gesundheitszustandes unter Ueberwachung, jedoch nicht länger als fünf Tage von der Stunde der Ankunft des Schiffes an gerechnet, zu unterwerfen. Das Anlandgehen der Mannschaft des Schiffes während der Ueberwachungszeit verhindert werden, soweit es nicht zum Zwecke der Abmusterung geschieht oder Gründe des Schiffsdienstes entgegenstehen. Den Reisenden ist die Fortsetzung ihrer Reise zu gestatten, jedoch hat, wenn der beauftragte Arzt ihre fernere Ueberwachung für nothwendig erachtet, die Hafenbehörde rechtzeitig der für das nächste Reiseziel zuständigen Polizeibehörde Mittheilung ihrer bevorstehende Ankunft zu machen, damit sie dort der gesundheitspolizeilichen Ueberwachung unterworfen werden können. Begründet das Ergebniss der ärztlichen Untersuchung den Verdacht, dass Insassen des Schiffes den Krankheitsstoff der Cholera in sich aufgenommen haben, so können diese auf Anordnung des beauftragten Arztes wie die Personen eines verseuchten Schiffes (§ 7 No. 1 und 3) behandelt werden. Im Uebrigen gelten die Vorschriften des § 7 No. 4 bis 7.

§ 9. Hat ein Schiff weder vor der Abfahrt noch während der Reise, noch auch bei der Ankunft einen Cholera-, Todes- oder Krankheitsfall an Bord gehabt, so gilt dasselbe, wenn es aus einem Hafen kommt, gegen dessen Herkunft die Ausübung der Concession angeordnet worden ist, als rein und ist, sofern die ärztliche Untersuchung (§ 6) befriedigend ausfällt, sofort zum freien Verkehr zuzulassen, nachdem erforderlichenfalls im § 7 unter 5 bis 7 gedachten Massnahmen ausgeführt worden sind. Begründet das Ergebniss der ärztlichen Untersuchung den Verdacht, dass Insassen des Schiffes Krankheitsstoff der Cholera in sich aufgenommen haben, oder hat die Reise des Schiffes weniger als 5 Tage gedauert, so können die Reisenden und die Mannschaft auf Anordnung des beauftragten Arztes nach Massgabe der Bestimmungen des § 8 weiterhin einer gesundheitspolizeilichen Ueberwachung bis zur Dauer von 5 Tagen, dem Tage der Abfahrt des Schiffes an gerechnet, unterworfen werden.

§ 10. Gegenüber sehr stark besetzten Schiffen, namentlich gegenüber solchen, die Wanderer oder Rückwanderer befördern, sowie gegenüber Schiffen, die besonders ungünstige gesundheitliche Verhältnisse aufweisen, können weitere, über die Grenzen des § 7 bis 9 hinausgehende Massregeln von der Hafenbehörde getroffen werden.

§ 11. Die Ein- und Durchfuhr von Waaren und Gebrauchsgegenständen aus den im § 7 bis 9 bezeichneten Schiffen unterliegt nur insoweit einer Beschränkung, als aus der zuständigen Reichs- oder Landesbehörden in Bezug auf Leibwäsche, alte getragene Kleidungsstücke, gebrauchtes Bettzeug, sowie Hader und Lumpen besondere Bestimmungen getroffen werden. Jedoch sind Gegenstände, die nach der Ansicht des beauftragten Arztes als mit Choleraentleerungen beschmutzt zu erachten sind, vor der Ein- oder Durchfuhr zu desinficiren.

§ 12. Will ein Schiff in den Fällen der §§ 7 bis 9 sich den ihm auferlegten Massregeln nicht unterwerfen, so steht ihm frei, wieder in See zu gehen. Es kann ihm die Erlaubniss erhalten, unter Anwendung der erforderlichen Vorsichtsmassnahmen (Isolirung des Schiffes, der Mannschaft und der Reisenden, Verhinderung des

sind, einer Beobachtung mit oder ohne Aufenthaltsbeschränkung fünf Tagen unterworfen werden. Die von Gelbfieberkranken be- und diejenigen Schiffsräumlichkeiten, in denen sich solche Kra- sind zu desinficiren. An Bord befindliche Leichen müssen unter Vorsichtsmaßregeln alsbald bestattet werden.

Schiffe, die aus einem von Gelbfieber verseuchten Hafen kommen aber nicht an Bord gehabt haben, sind nach der ärztlichen ohne Weiteres zum freien Verkehr zuzulassen.

§ 14a. Hat ein Schiff Pest an Bord oder sind auf einer Fahrt Pestfälle vorgekommen, so ist nach erfolgter ärztlicher der obersten Landesmedicinalbehörde und dem Kaiserlichen (Graphisch Anzeige zu erstatten.

§ 14b. Hat ein Schiff Pest an Bord oder sind auf einer Fahrt oder während der Fahrt Pestfälle vorgekommen, so gilt es als unterliegt folgenden Bestimmungen:

1. Die an Bord befindlichen Kranken werden ausgeschifft und Aufnahme und Behandlung geeigneten abgesonderten Raum gebracht, derjenigen Personen, bei denen die Pest festgestellt worden ist, und tigen Kranken stattzufinden hat. Sie verbleiben dort bis zur Geseitigung des Verdachts.

2. An Bord befindliche Leichen sind unter den erforderlichen regeln alsbald zu bestatten.

3. Die übrigen Personen (Reisende und Mannschaft) werden Gesundheitszustand weiterhin einer Beobachtung unterworfen, der dem Gesundheitszustand des Schiffs und nach dem Zeitpunkte des falles richtet, keinesfalls aber den Zeitraum von 11 Tagen über Zwecke der Beobachtung sind sie entweder am Verlassen des Sch oder soweit nach dem Ermessen der Hafenbehörde ihre Ausscheidung erforderlich ist, an Land in einem abgesonderten Raum unterzubringen insbesondere dann, wenn die Mannschaft zum Zweck der Abmusterung

Wasserballast aus einem Hafen, gegen dessen Herkünfte die gesundheitspoli-  
Controle wegen der Pestgefahr angeordnet worden ist, muss desinficirt werden;  
ch eine Desinfection nicht ausführen, so hat das Auspumpen des Wassers  
s auf hoher See zu geschehen. Das an Bord befindliche Trink- und Ge-  
wasser ist nach erfolgter Desinfection auszupumpen und durch unverdäch-  
asser zu ersetzen. In allen Fällen ist darauf zu achten, dass Absonde-  
und Entleerungen von Pestkranken, verdächtiges Wasser und Abfälle irgend  
Art nicht undesinfcirt in das Hafenwasser gelangen.

14c. Hat ein Schiff weder vor der Abfahrt noch während der Reise noch auch  
Ankunft einen Pest-Todes- oder -Krankheitsfall an Bord gehabt, so gilt das-  
uch wenn es aus einem Hafen kommt, gegen dessen Herkünfte die Ausübung  
trole angeordnet worden ist, als „rein“ und ist, sofern die ärztliche Unter-  
r (§ 6) befriedigend ausfällt, sofort zum freien Verkehr zuzulassen, nachdem  
rück der Reisenden und der Mannschaft, welche in einem solchen Hafen an-  
genommen, desinficirt worden ist und die bei § 14b unter 5 bis 7 gedachten  
imen ausgeführt worden sind.

gründet das Ergebniss der ärztlichen Untersuchung den Verdacht, dass In-  
des Schiffes den Krankheitsstoff der Pest in sich aufgenommen haben, oder  
Reise des Schiffes seit Verlassen eines Hafens der oben bezeichneten Art  
als 11 Tage gedauert, so sind die Reisenden und die Mannschaft weiterhin  
esundheitspolizeilichen Ueberwachung, bis zur Dauer von 11 Tagen, von dem  
r Abfahrt des Schiffes an gerechnet, zu unterwerfen. Das Anlandgehen der  
aft kann während der Ueberwachungszeit verhindert werden, soweit es nicht  
ecke der Abmusterung geschieht, oder Gründe des Schiffsdienstes entgegen-

Den Reisenden ist die Fortsetzung ihrer Reise zu gestatten, jedoch hat die  
hörde unverzüglich der für das nächste Reiziel zuständigen Polizeibehörde  
ung über ihre bevorstehende Ankunft zu machen, damit sie dort der ge-  
spolizeilichen Ueberwachung unterworfen werden können.

14d. Gegenüber sehr stark besetzten Schiffen, namentlich gegenüber solchen,  
wanderer oder Rückwanderer befördern, sowie gegenüber Schiffen, die be-  
ungünstige gesunghetliche Verhältnisse aufweisen, können weitere, über  
zen der §§ 14b und 14c hinausgehende Massregeln von der Hafenbehörde  
n werden.

14e. Die Ein- und Durchfuhr von Waaren und Gebrauchsgegenständen aus  
ten §§ 14a bis 14d bezeichneten Schiffen unterliegt nur insoweit einer Be-  
ung, als seitens der zuständigen Reichs- und Landesbehörden besondere Be-  
ngen getroffen werden. Jedoch sind Gegenstände, die nach Ansicht des be-  
Arztes als mit dem Ansteckungsstoff der Pest behaftet zu erachten sind, vor  
- oder Durchfuhr zu desinficiren.

14f. Will ein Schiff in den Fällen der §§ 14a bis d sich den ihm auferlegten  
eln nicht unterwerfen, so steht ihm frei, wieder in See zu gehen. Es kann  
lie Erlaubniss erhalten, unter Anwendung der erforderlichen Vorsichtsmass-  
Isolirung des Schiffes, der Mannschaft und der Reisenden, Verhinderung des  
pens des Kielwassers vor erfolgter Desinfection, Ersatz des an Bord befind-  
Vasservorrathes durch gutes Trinkwasser und dergleichen) seine Waaren zu  
und die an Bord befindlichen Reisenden, sofern sich diese den von der  
hörde getroffenen Anordnungen fügen, an Land zu setzen.

15. Läuft ein Schiff, nachdem es in einem deutschen Hafen der gesundheits-  
chen Controle (§§ 6 bis 9, 13, 14) unterworfen und zum freien Verkehr zuge-  
orden ist, demnächst einen weiteren inländischen Hafen an, so unterliegt es



in diesem einer abermaligen Controle nicht, es sei denn, dass seit der Ausfahrt aus dem zuletzt angelaufenen Hafen Fälle von Cholera, Gelbfieber oder Pest an Bord sich ereignet haben, oder dass gegen Herkünfte aus diesem Hafen eine gesundheitspolizeiliche Controle gemäss § 1 No. 2 angeordnet ist.

§ 16. Auf das Lootsen-, Zoll- und Sanitätspersonal, das mit den der gesundheitspolizeilichen Controle unterliegenden Schiffen in Verkehr zu treten hat, finden die in vorstehenden Bestimmungen angeordneten Verkehrsbeschränkungen und Desinfectionsmassnahmen keine Anwendung. Die für dieses Personal erforderlichen Vorkehrungsregeln werden von der vorgesetzten Behörde bestimmt.

§ 17. Die Entscheidung darüber, wo die in den §§ 7 bis 14 erwähnten Massregeln auszuführen sind, trifft die Hafenbehörde.

§ 18. Sind nach dem Ergebniss der ärztlichen Untersuchung (§ 6) auf Grund der Bestimmungen in §§ 7 bis 14 Massregeln zu ergreifen, für deren Ausführung es in dem Ankunfts- oder Abfahrts-Hafen an den nöthigen Einrichtungen gebricht, so ist das Schiff an einen anderen mit den erforderlichen Einrichtungen versehenen Hafen zu verweisen.

§ 19. Strandet ein der gesundheitspolizeilichen Controle unterliegendes Schiff (§ 1) an der deutschen Küste, so haben die Strandbehörden die erforderlichen Massnahmen im Sinne dieser Verordnung zu treffen. Läuft ein solches Schiff einen deutschen Hafen als Nothhafen an, so kann es daselbst, um die erforderliche Hülfe zu erhalten, für die Dauer des Nothfalls nach Hissung der gelben Flagge (§ 3) unter Bewachung und unter Beachtung der von der Hafenbehörde angeordneten Schutzmassregeln liegen bleiben.

§ 20. Auf die Schiffe der Kaiserlichen Marine finden die Vorschriften dieser Verordnung keine Anwendung.

#### Anlage.

##### Fragebogen.

Die nachstehenden Fragen sind von dem Schiffer und dem Steuermann alsbald nach Empfang des Fragebogens schriftlich der Wahrheit gemäss vollständig zu beantworten. Die Richtigkeit der Antworten ist durch eigenhändige Namensunterschrift zu versichern und auf Erfordern eidlich zu bestärken. Der ausgefüllte Fragebogen ist nebst der Musterrolle, dem Verzeichniss der Reisenden und denjenigen Papieren, aus denen hervorgeht, an welchen Tagen das Schiff den Abgangshafen verlassen oder die unterwegs berührten Plätze angelaufen und wieder verlassen hat, zur Verfügung der Behörden zu halten.

1. Wie heisst das Schiff?
2. Wie heisst der Schiffer (Kapitän)?
3. Unter welcher Flagge fährt das Schiff?
4. Wo hat das Schiff seine Ladung eingenommen? Woraus besteht die Ladung? Enthält sie insbesondere Leibwäsche, alte und getragene Kleidungsstücke, gebrauchtes Bettzeug, Teppiche\*), Menschenhaare\*), Hadern, Lumpen, ungegerbte Häute\*) und Felle\*), unbearbeitete Haare\*) und Borsten\*), Wolle\*), Klauen\*), Hufe\*)? (Hin-sichtlich der mit \*) bezeichneten Waaren braucht eine Beantwortung nur dann zu erfolgen, wenn die gesundheitspolizeiliche Controle wegen Pestgefahr stattfindet.)
5. Wann hat das Schiff den Abgangshafen erreicht? Wann hat es denselben verlassen?
6. Welche Plätze hat das Schiff auf seiner Reise berührt? an welchen Tagen? (Bezüglich eines jeden einzelnen Platzes zu beantworten.)
7. Nach welchem Platze ist das Schiff bestimmt?
8. Wie gross ist die Zahl der Mannschaft, der Reisenden an Bord?

9. Hat das Schiff unterwegs Personen aufgenommen? Wo? Wie viele?

10. Befindet sich an Bord Jemand krank? An welcher Krankheit? Seit wann?

11. Ist während der Reise an Bord Jemand krank gewesen? An welcher Krankheit? Wann und wie lange?

12. Ist Jemand von der Mannschaft oder den Reisenden während der Reise gestorben? An welcher Krankheit? Wann? Befinden sich Leichen an Bord?

13. Befinden sich die Betten und die Kleidungsstücke, welche die verstorbenen krank gewesen Personen an Bord benutzt haben, noch auf dem Schiffe?

14. Führt das Schiff Wasserballast? Wo hat es denselben eingenommen?

15. Woher stammt das an Bord befindliche Trinkwasser? Die Richtigkeit und Ändigkeit vorstehender Antworten versichern wir hierdurch und erklären uns eidlichen Bestärkung bereit.

..., den .. 19.. Der Schiffer ... Der Steuermann ...

Der vorstehenden Versicherung und Erklärung trete ich bezüglich der auf die unter No. 10, 11, 12 erteilten Antworten hiermit bei. ..., den ... 19.. Schiffsarzt.

Infektionsanweisung für Seeschiffe, welche der gesundheitspolizeilichen Controle beim Anlaufen eines deutschen Hafens unterliegen.

#### I. Allgemeines.

##### A. Cholera und Gelbfieber.

§ 1. Bei Cholera und Gelbfieber unterliegen der Desinfection an Bord in Linie diejenigen Gegenstände und Oertlichkeiten, welche von Kranken reinigt oder benutzt worden sind. Insbesondere kommen in Betracht: die Kleidung, Bettzeug, Essgeschirr, Closet, Nachtgeschirr, Spuck- und Lagerstätte und Wohnraum des Kranken, die durch Entleerungen des Kranken an Deck oder in den Schiffsräumlichkeiten beschmutzten Stellen; ferner Wisch- und Schrubber, Besen u. s. w., welche bei der Krankenwartung und Reinigung benutzt sind, endlich die Kleider der um den Kranken beschäftigten Personen.

§ 2. Ob die Desinfection sich noch auf andere, als der im § 1 aufgeführten Sachen und Räumlichkeiten zu erstrecken hat, muss von Fall zu Fall beurtheilt werden und von der Ausdehnung, welche die Krankheit an Bord genommen hat und von der Verbreitung des Ansteckungsstoffes ab. Bei vereinzelter Cholera- und Gelbfieberepidemie auf Schiffen, welche nicht dem Massentransport von Personen dienen, man sich in der Regel auf die im § 1 aufgeführten Sachen und Räumlichkeiten beschränken. Falls auf stark besetzten Schiffen, namentlich Auswandererschiffen, die Cholera oder das Gelbfieber unter den in gemeinschaftlichen Räumen untergebrachten Personen ausgebrochen ist, lässt sich die Verbreitung des Ansteckungsstoffes, namentlich wenn Seekrankheit geherrscht hat, nicht übersehen. Unter solchen Umständen nicht bloß die Krankenräume und die nur von Kranken innegehabten Wohnräume, sondern die gesammten in Betracht kommenden Wohnräume zu desinficiren, ebenso wenn nicht nur die Kleider der Kranken und der mit ihnen in Berührung gekommenen Personen, sondern auch die Wäsche und Kleider etc. sämmtlicher Mitglieder derselben Abtheilung oder Klasse. Das verschlossene Reisegepäck, welches während der Reise nicht benutzt worden ist, wird dagegen nur in seltenen Fällen der Desinfection unterzogen werden müssen. Die Sachen und Effecten etc., Cabinen, Kajüten etc. der Reisenden I. und II. Cajüte sind in der Regel nur soweit zu desinficiren, als sie von Kranken oder deren Angehörigen benutzt worden sind.

wenn auch keine Erkrankungsfälle an Bord vorgekommen sind, choleraverseuchten Hafen stammende Trinkwasser desinficirt, wenn etwa zuverlässige Nachrichten über die einwandsfreie Wasserentnahme vorliegen.

§ 5. Das Bilgewater derjenigen Schiffe, auf welchen unter Maschinenpersonal oder unter den im Zwischendeck wohnenden Reisenden Cholerafälle während der Reise, im Abgangs- oder Ankommen sind, ist zu desinficiren, sofern angenommen werden muss, dass Bilgewater hineingelangte Krankheitskeime noch inficirend wirken. Gleiche gilt von dem Bilgewater hölzerner Schiffe, welche längere Zeit in choleraverseuchten Hafen gelegen haben und nach kürzerer als vier Wochen ankommen, auch wenn keine Krankheitsfälle an Bord vorgekommen sind.

Maschinenbilgewater von eisernen Schiffen, welche aus choleraverseuchten Häfen nach kürzerer als fünftägiger Reisedauer ankommen, ist zu desinficiren, auch wenn keine Krankheitsfälle vorgekommen sind. Die Bilgewater unter den Laderäumen von eisernen Schiffen kann auf rein mechanische Weise unterbleiben. Soll sie aber erfolgen, so empfiehlt sich, auch bei kürzerer als fünftägiger Reisedauer damit so lange zu warten, bis die Bilgewater bequemer zugänglich geworden sind, damit dann recht gründlich vorgenommen werden kann.

§ 6. Das Ballastwasser, welches im Ankunfts Hafen entleert wird, vorher zu desinficiren, wenn es aus einem choleraverseuchten Hafen stammt, einerlei ob Cholerafälle an Bord vorgekommen sind.

§ 7. Hinsichtlich solcher Schiffe, auf denen Pestfälle vorgekommen sind, die aus einem von der Pest verseuchten Hafen eintreffen, wird in der Regel von der obersten Landesmedicinalbehörde bestimmt, welche Gegenstände und welche Theile des Schiffes der Desinfection unterliegen.

## II. Desinfectionsmittel.

§ 8. Als Desinfectionsmittel sind zu verwenden:

a) Lösung von Carbonsäure.

c) Kalk und zwar:

1. Kalkmilch. Zur Herstellung derselben wird 1 Theil zerkleinerter reiner annter Kalk, sogenannter Fettkalk, mit 4 Theilen Wasser gemischt, und zwar in nder Weise: Es wird von dem Wasser etwa  $\frac{3}{4}$  in das zum Mischen bestimmte ss gegossen und dann der Kalk hineingelegt. Nachdem der Kalk das Wasser ssogen hat und dabei zu Pulver zerfallen ist, wird er mit dem übrigen Wasser zu milch verrührt.

2. Kalkbrühe, welche durch Verdünnung von 1 Theil Kalkmilch mit 9 Theilen er frisch bereitet wird.

d) Chlorkalk. Der Chlorkalk hat nur dann eine ausreichende desinficirende ang, wenn er frisch bereitet und in wohlverschlossenen Gefässen aufbewahrt ist; ass stark nach Chlor riechen.

e) behandelt Dampfapparate (siehe die Vorschriften auf S. 1035).

f) handelt von der Desinfection durch Siedehitze (siehe die Vorschriften auf 35).

III. Anwendung der Desinfectionsmittel im Einzelnen.

§§ 9—12 siehe „Desinfectionsanweisung bei Pest, II 1—5 SS. 1035, 1036.

§ 13. Zur Desinfection von inficirten Schiffsräumlichkeiten, insbesondere ogis der Mannschaft, der Kajüte, des Zwischendecks für Reisende nebst den in eben befindlichen Lagerstellen, Geräthschaften und dergleichen ist Karbolsäureg (§ 8a) anzuwenden. Die Decke, die Wände und der Fussboden der bezeich- Räumlichkeiten, sowie inficirte Lagerstellen, Geräthschaften und dergl. sind chst mit Lappen, welche mit Karbolsäurelösung getränkt sind, gründlich abzu- hen. Hierauf sind die Räumlichkeiten und Geräthschaften mit einer reichlichen e Wasser zu spülen und im Anschluss daran die Räumlichkeiten einer mög- gründlichen Lüftung zu unterwerfen. Der Krankenraum, insbesondere die Ausleerungen verunreinigten Theile desselben, die von Kranken benutzten Ge- chaften und dergleichen sind bei dieser Desinfection ganz besonders zu berück- gen. Räumlichkeiten, in welchen durch den nach der Desinfection mit Karbol- noch längere Zeit haftenden Karbolgeruch erhebliche Unannehmlichkeiten en würden (Proviandräume, Kajüten, Salons u. s. w.) sind in folgender Weise sinficiren:

1. Die nicht mit Oelfarbe gestrichenen Flächen der Wände und Fussböden werden er nach § 8c 1 bereiteten Kalkmilch angetüncht; dieser Anstrich muss nach nden wiederholt werden. Nach dem Trocknen des letzten Anstrichs kann Alles r feucht abgeseuert werden.

2. Die mit Oelfarbe gestrichenen Flächen der Wände und Fussböden werden nal mit heisser Seifenlösung (§ 8b) abgewaschen und später frisch gestrichen.

3. Wände und Fussböden, welche mit polirten Hölzern, Tapeten, Bildern oder eln bekleidet sind, werden mit frischem Brot in langen Zügen kräftig abge- 1.

§ 14. Holz- und Metalltheile von Möbeln, sowie ähnliche Gegenstände en sorgfältig und wiederholt mit Lappen abgerieben, die mit Karbolsäure- oder eifenlösung (§ 8a u. b) befeuchtet sind. Die gebrauchten Lappen sind zu ver- en.

In derselben Weise sind Gegenstände aus Leder zu desinficiren. Bei Leder- en kann auch das im § 13 unter No. 3 angegebene Verfahren angewendet werden. Pelzwerk wird auf der Haarseite bis auf die Haarwurzel mit einer der unter u. b bezeichneten Lösungen durchweicht. Nach 12stündiger Einwirkung dex-

§ 15. Die Aborte werden in folgender Weise gesäubert: Der Klosets ist mit Kalkmilch gründlich zu vermischen und während welcher Zeit der Abort nicht benutzt werden darf, abg. Aufnahmebecken, sowie das Abflussrohr werden demnächst strichen. Die Wände des Klosettraums, Sitzbrett, Fussboden säurelösung gründlich abgewaschen und nach einer Stunde : Zur Desinfection des Closetinhalts kann auch Chlorkalk (§ 8d) 1 man Chlorkalkpulver in der Menge von etwa 2 pCt. der ganzen Wasser zufügt, dass der Chlorkalk sich löst und das Ganze gl rühren vertheilt werden kann. So behandelter Closetinhalt kann l entleert werden.

§ 16. Soll sich die Desinfection auch auf Personen ei Sorge zu tragen, dass dieselben ihren ganzen Körper mit grüne ein vollständiges Bad nehmen. Kleider und Effecten derselbe § 11 zu behandeln.

§ 17. Etwa an Bord befindliche Leichen sind bis zu d zunehmenden Bestattung in Tücher einzuhüllen, welche mit l tränkt sind und mit derselben feucht gehalten werden.

§ 18. Die Desinfection des Bilgeraumes mit seinem l Kalkbrühe (§ 8c 2) in folgender Weise:

1. In diejenigen Theile des Bilgeraumes, welche leich Garnirungen und der Flurplatten zugänglich gemacht werde und Kesselraum, leere Laderäume) ist Kalkbrühe an möglichs eimerweise hineinzugiessen. Durch Umrühren mit Besen muss mit dem Bilgewasser vermischt und überall auch an die Wände getüncht werden.

2. Ueberall da, wo der Bilgeraum nicht frei zugänglich i allen Schiffen vorhandenen, von Deck hinunterführenden Pump Peilrohre so viel Kalkbrühe eingegossen, bis sie den Bilgeraum berühren, anfüllt. Nach 12 Stunden kann die Bilge wieder gel gelassen wird folgendermassen verfahren:

gt das Wasser nur langsam, so ist, während von Zeit zu Zeit der Wasser-  
sen wird, so viel Kalkbrühe einzufüllen, als der Bilgeraum ohne Schaden  
ng aufnehmen kann. Hierbei müssen die Schiffszeichnungen und die  
Schiffers berücksichtigt werden. Als Anhaltspunkt diene, dass bei Holz-  
60 l Kalkbrühe auf 1 m Schiffslänge erforderlich sind, bei eisernen  
-120 l auf 1 m Schiffslänge; bei Schiffen mit Doppelboden, Brunnen und  
im Ganzen 20—80—100 cbm. Auf manchen Schiffen sind Rohrleitungen  
welche nicht wie die Pumpen und Peilrohre in die hintersten, tiefsten  
chiffsbodens bzw. der einzelnen Abtheilungen, sondern in die vorderen,  
enen Theile desselben führen. Diese sind dann vorzugsweise zu be-  
dadurch die Vermischung des Desinfectionsmittels mit dem Bilgewasser  
ad besser gesichert wird. Auf Schiffen mit getrennten Abtheilungen muss  
ng für sich in der angegebenen Weise behandelt werden.

Die Desinfection des Ballastwassers wird mit Kalkmilch (§ 8c 1)  
welche in solchen Mengen zuzusetzen ist, dass das Ballastwasser 2 Thl.  
0 Thl. Wasser enthält. Die zugesetzte Kalkmilch muss innigst mit dem  
ischt, daher während einer Stunde umgerührt werden. Nach einstündiger  
nwirkung der Kalkmilch kann das Ballastwasser ausgepumpt werden.  
iks im Doppelboden des Schiffes, so wird es sich in der Regel empfehlen,  
asser aus diesen Tanks nach und nach in den Maschinenbilgeraum über-  
assen und hier mit Kalkmilch zu mischen. Handelt es sich um stehende  
a Laderäumen, so kann man unter Umständen die Kalkmilch direct in  
neinschütten und kräftig umrühren lassen. Zu diesen Maassnahmen ist  
le der technische Beirath des Schiffsmaschinisten einzuholen.

Trinkwasser an Bord kann ebenfalls durch Versetzen mit Kalkmilch  
3, dass auf 1000 Theile Wasser 2 Theile Kalk kommen, bei einstündiger  
desselben desinficirt werden. Unter Umständen kann Trinkwasser auch  
desinficirt werden, indem man Dampf genügend lange in die Wasser-  
et (Klingelthermometer). Zur Unbrauchbarmachung des Wassers lassen  
iuren, z. B. Essigsäure verwenden, was sich insbesondere bei hölzernen  
n empfiehlt. Das Wasser muss dann deutlich sauer reagiren.

## B. Pest.

### 1. Allgemeines.

Auf allen Schiffen aus einem Hafen, gegen dessen Herkünfte wegen der  
ie gesundheitspolizeiliche Controle angeordnet ist, sind das Gepäck der  
nd Mannschaft, die in einem solchen Hafen an Bord genommen worden  
das Trink- und Gebrauchswasser, das Bilgewasser und der aus solchem  
ende Wasserballast, sowie alle Gegenstände, die nach Ansicht des be-  
es als mit dem Ansteckungsstoff der Pest behaftet zu erachten sind, zu

Sofern vor oder bei der Ankunft Pestfälle vorgekommen sind, müssen  
lle Wohnräume und Gegenstände des täglichen Gebrauchs an Bord ein-  
er Kleider und des Gepäcks der Reisenden und der Mannschaft desin-

Die Aborte auf Schiffen sind meist so eingerichtet, dass die Ausleerungen  
ins Wasser gelangen. Auf verseuchten Schiffen sind diese Closets für die  
aufenthalts im Hafen zu schliessen und besondere Eimer closets an Bord  
n, deren Inhalt täglich desinficirt werden muss.

## II. Desinfectionsmittel.

§ 24. Als Desinfectionsmittel sind zu verwenden:

a) Lösung von Carbolsäure.

Zur Verwendung kommt die sogenannte „100 procentige Carbolsäure“ des Handels, welche sich im Seifenwasser vollständig löst. Man bereitet sich die unter b beschriebene Lösung von Kaliseife. In 20 Theile dieser noch heissen Lösung wird ein Theil Carbolsäure unter fortwährendem Umrühren gegossen. Die Lösung ist lange Zeit haltbar. Soll reine Carbolsäure (einmal oder wiederholt destillirte) verwendet werden, welche erheblich theurer, aber nicht wirksamer ist, als die sogenannte „100 proc. Carbolsäure“, so ist zur Lösung das Seifenwasser nicht nöthig; es genügt dann einfaches Wasser.

b—f entsprechen den Bestimmungen in b—d und f—g der Desinfectionsanweisung bei Pest, siehe SS. 1034, 1035.

## III. Anwendung der Desinfectionsmittel im Einzelnen.

§§ 25—28 stimmen überein mit den Bestimmungen in II 1—5 der D. A. bei Pest, siehe SS. 1035, 1036.

§ 29. Zur Desinfection von desinficirten Schiffsräumlichkeiten, insbesondere des Logis der Mannschaft, des Zwischendecks für Reisende nebst den in denselben befindlichen Lagerstellen, Geräthschaften und dergleichen ist eine der im § 4a bezeichneten Lösungen anzuwenden. Die Decken, die Wände und der Fussboden der bezeichneten Räumlichkeiten, sowie inficirte Lagerstellen, Geräthschaften und dergleichen sind zunächst mit Lappen, welche mit einer Lösung der genannten Art getränkt sind, gründlich abzuwaschen. Hierauf sind die Räumlichkeiten und Geräthschaften mit einer reichlichen Menge Wasser zu spülen und im Anschluss daran die Räumlichkeiten einer möglichst gründlichen Lüftung zu unterwerfen. Der Krankenraum, insbesondere die durch Ausleerungen verunreinigten Theile desselben, die von Kranken benutzten Geräthschaften und dergleichen sind bei dieser Desinfection ganz besonders zu berücksichtigen. Räumlichkeiten, in welchen durch die Desinfection mit Carbolsäure Beschädigungen verursacht oder durch den nach solcher Desinfection noch längere Zeit haftenden Carbolgeruch erhebliche Unannehmlichkeiten entstehen würden, dürfen, sofern Kranke darin nicht untergebracht waren, in folgender Weise desinficirt werden:

1. Die nicht mit Oelfarbe gestrichenen Wände und Fussböden werden mit der nach § 24 c 1 bereiteten Kalkmilch angetüncht; dieser Anstrich muss nach 3 Stunden wiederholt werden. Vor Ablauf von 3 Tagen darf der Anstrich nicht wieder abgeseuert werden.

2. Die mit Oelfarbe gestrichenen Flächen der Wände und Fussböden werden 2 bis 3 mal mit heisser Seifenlösung (§ 24) abgewaschen und später frisch gestrichen.

3. Wände und Fussböden, welche mit polirten Hölzern, Tapeten, Bildern oder Spiegeln bekleidet sind, werden mit frischem Brot in langen Zügen kräftig abgerieben. Die Brotkrumen und Brotreste sind zu verbrennen.

§ 30 Abs. 1—4 = II 8—9 d. D.-A. bei Pest, siehe S. 1036. Ueber Bord dürfen undesinficirte Gegenstände nur in See geworfen werden.

§ 31. Die Aborte werden in folgender Weise desinficirt: Etwaiger Inhalt des Closets ist mit Carbolsäurelösung gründlich zu vermischen und darf erst nach 3 Stunden, während welcher Zeit der Abort nicht benutzt worden ist, abgelassen werden. — Das Aufnahmebecken, sowie das Abflussrohr werden demnächst mit einer der im § 24a bezeichneten Lösungen übergossen. Die Wände des Closetraums, Sitzbrett, Fussboden werden mit Carbolsäurelösung gründlich abgewaschen und nach 3 Stunden mit Wasser abgespült.

§§ 32—36 gleich §§ 16—20 der Desinfectionsanweisung bei Cholera und bfeiber, siehe SS. 1056, 1057.

e) Auszug aus der Betriebsordnung für den Kaiser Wilhelm-Kanal 28. August 1896. (Centralbl. f. d. Deutsche Reich, S. 599.)

### Abschnitt VIII.

#### Allgemeine polizeiliche Vorschriften.

§ 64. Einer gesundheitspolizeilichen Controle unterliegt jedes den Canal be-  
nde Schiff, wenn es

a) im Abgangshafen oder während der Reise Fälle von Cholera, Pest oder  
halb der Zeit vom 15. Mai bis 15. September) von Gelbfieber an Bord gehabt  
oder

b) aus einem Hafen kommt, gegen dessen Herkünfte die Ausübung jener Con-  
angeordnet ist, und zwar in nachfolgender Weise:

##### I. Schiffe welche

a) aus der Ostsee kommend nach einem Hafen ausserhalb der Elbe, oder

b) aus der Nordsee kommend nach einem Hafenausserhalb der Kieler Fördrde bzw.  
e Elbe bei Tage eine gelbe Flagge, bei Nacht eine überall hin leuchtende gelbe  
rne am Fockmast hissen, werden so bald wie möglich nach der Ankunft  
ler Quarantäneanstalt Vossbrok bzw. Cuxhaven, wo sie beizudrehen event. zu  
n haben, durch einen beamteten Arzt besichtigt. (Auf Wunsch findet diese  
htigung auch zur Nachtzeit statt). Je nach dem Ergebniss wird das Schiff,  
es

1. als „verseucht“ befunden ist, d. h. wenn es Cholera etc. an Bord hat, oder  
auf ihm innerhalb der letzten 7 Tage vor seiner Ankunft an der Quarantäne-  
n Fälle von Cholera etc. vorgekommen sind, von der Einfahrt in den Canal  
st ausgeschlossen bzw. nur unter den vom untersuchenden Arzt zu bestimmen-  
bedingungen und Vorsichtsmassregeln zur Einfahrt in den Canal bzw. zur  
bfahrt zugelassen;

2. als „verdächtig“ befunden ist, d. h. wenn auf ihm Fälle von Cholera etc.  
kommen sind, aber nicht innerhalb der letzten 7 Tage vor seiner Ankunft,  
Ausführung der ärztlicherseits als erforderlich bezeichneten gesundheitspoli-  
hen Massnahmen in der Regel ohne Mitgabe einer Gesundheitswache und ohne  
ränkung seiner Verkehrsfreiheit, wie der seiner Insassen zur Fahrt in und durch  
anal zugelassen:

3. als „rein“ befunden ist, in der Regel sofort zum freien Verkehr und zur  
Fahrt in und durch den Canal zugelassen. Die Verhaltensmassregeln für die  
durch den Canal, die den Führern der zur Canalfahrt zugelassenen „verseuch-  
schiffe, in Ausnahmefällen auch denen der „verdächtigen“ und „reinen“ Schiffe  
tlich ertheilt werden, sind genau zu beachten und ist den darauf gerichteten  
nungen der Lootsen und etwa beigegebenen Begleiter (Gesundheitswache etc.)  
gerlich Folge zu leisten.

##### II. Schiffe, welche

a) aus der Ostsee kommend nach einem Hafen (Ausladeplatz) innerhalb des  
s oder an der Elbe, oder

b) aus der Nordsee kommend nach einem Hafen (Ausladeplatz) innerhalb des  
s oder der Kieler Fördrde fahren, unterliegen der gesundheitspolizeilichen Con-  
entsprechend den bezüglichlichen Vorschriften für die einen deutschen Hafen  
fenden Seeschiffe unmittelbar vor der Einfahrt in den Canal, und zwar die



zu a in der Quarantäneanstalt zu Voossbrook, nördlich von Holtenu, die zu b in der Quarantäneanstalt zu Cuxhaven<sup>1)</sup>).

III. Schiffen, die aus einem Elbhafen oder einem Hafen innerhalb der Kieler Förde kommend den Canal befahren wollen, wird auf Grund einer Bescheinigung der Hafenbehörde des Abfahrthafens dahin, dass bei der vor der Abfahrt vorgenommenen ärztlichen Controlle der Gesundheitszustand auf dem Schiffe als unbedenklich befunden worden ist, die Fahrt durch den Canal ohne weitere Vorsichtsmassregeln gestattet; Schiffe, die eine solche Bescheinigung nicht beibringen, werden zurückgewiesen.

f) Allgemeine gesundheitspolizeiliche Hafen-Ueberwachung.

Die Pestfälle, welche im Jahre 1900 in Deutschen Häfen festgestellt wurden, veranlassten den Herrn Reichskanzler, bei den beteiligten Küstenstaaten, insbesondere bei der preussischen Regierung die Einrichtung einer Hafenüberwachung anzuregen, welche nicht nur Cholera, Gelbfieber und Pest und nicht nur die aus verseuchten Häfen kommenden Seeschiffe, sondern alle übertragbaren Krankheiten und alle Schiffe betreffen sollte. In Folge dessen wurden entsprechende Verordnungen erlassen.

In Preussen ist maassgebend der nachfolgende Ministerialerlass vom 10. October 1900 nebst Anlagen:

„Beifolgend übersende ich die hier aufgestellten Grundsätze, nach welchen die gesundheitspolizeiliche Ueberwachung der Seeschiffe in den preussischen Häfen fortan zu erfolgen hat, nebst 2 Anlagen zur Kenntnissnahme und unverzüglichen weiteren Veranlassung. Ich mache dabei besonders auf No. 8 der Grundsätze, betreffend die Gesundheitsaufseher, aufmerksam, welche für eine zweckmässige Durchführung der Ueberwachung unentbehrlich sind. Die zur Zeit mit der ärztlichen Ueberwachung der Häfen beauftragten Aerzte haben sofort geeignete Leute aus dem Personal der Hafenpolizei- oder Zollbeamten oder Lootsen auszubilden, damit, sobald die gedachten Aerzte in ihre frühere Thätigkeit zurückberufen werden, diese Gesundheitsaufseher unter Aufsicht des Kreisarztes oder eines hierzu geeigneten praktischen Arztes die Ueberwachung wenigstens der kleineren Häfen übernehmen können. Denselben kann nach erfolgter Ausbildung eine Remuneration gewährt werden, über deren Höhe ich binnen 14 Tagen einem Bericht entgegen sehe. Ein Verzeichniss der Häfen, für welche die Anstellung von Gesundheitsaufsehern in Frage kommt, und die Zahl der zunächst nebenamtlich zu besetzenden Stellen geht aus der anliegenden Uebersicht hervor.

Grundsätze, nach welchen die gesundheitspolizeiliche Ueberwachung der Seeschiffe, soweit sie nicht schon nach den Bestimmungen der Polizei-Verordnung vom 31. Juli 1893  
23. April 1900 controlpflichtig sind, zu erfolgen hat.

1. Alle Seeschiffe, welche im Hafen ankommen und daselbst liegen, sind bis auf Weiteres einer erstmaligen Untersuchung und einer dauernden Ueberwachung hinsichtlich des Gesundheitszustandes der Mannschaft zu unterwerfen.

2. Die erste Untersuchung der Schiffsbesatzung ist sofort nach dem Eintreffen des Schiffes im Hafen vorzunehmen. Vor Beendigung dieser Untersuchung ist den Officieren und der Mannschaft untersagt, das Schiff zu verlassen. Der Verkehr der

<sup>1)</sup> Quarantäneanstalten bestehen sonst noch in Memel-Süderspitze, Neufahrwasser, Swinemünde, Bremerhaven und Emden.

e ist nicht zu beschränken, sofern diese nicht an einer pestverdächtigen während der Fahrt gelitten haben oder noch leiden.

Folgende Punkte sind bei der erstmaligen Untersuchung zu berücksichtigen: Zur Vorbereitung für die ärztliche Untersuchung ist der für die control-n Schiffe vorgeschriebene Fragebogen (Anlage zur Polizeiverordnung vom 1895) auszufüllen und dem Schiffsführer durch den Seelotsen oder einen ten der Hafenbehörde zu diesem Zwecke zu übergeben. Derselbe hat ausser-Schiffsführer Mittheilung von der angeordneten ärztlichen Ueberwachung zu Der Nachrichtendienst ist so zu regeln, dass die Ankunft des Schiffes recht-annt wird.

Die Zahl der an Bord befindlichen Personen ist mit den Angaben der Muster-des Schiffsjournals zu vergleichen.

Ferner sind Erkundigungen einzuziehen über Erkrankungen, Todesfälle und sanitätspolizeilich wichtige Vorkommnisse während der Fahrt und während thaltes in den Abgangs- und angelaufenen Häfen.

Es ist eine ärztliche Untersuchung der Officiere und Mannschaften vorzu- unter besonderer Berücksichtigung der Möglichkeit einer Pesteinschleppung. Desgleichen hat eine Besichtigung des Mannschaftslogis und der übrigen n Schiffsräumlichkeiten, des Lazareths, der Abortanlagen, die Prüfung des befindlichen Trinkwassers und Feststellung seiner Herkunft zu erfolgen.

Es ist festzustellen, ob ein auffälliges Sterben unter den Schiffsratten vorge- ist.

Die Besichtigungen sind, so lange das Schiff im Hafen liegt, von Zeit zu ich dem Ermessen des Hafenarztes zu wiederholen.

Den Schiffskapitänen oder deren Stellvertretern ist die Verpflichtung gen, unverzüglich von jeder an Bord ihres Schiffes während des Aufenthaltes sich ereignenden inneren Erkrankung der Hafenpolizeibehörde Anzeige zu

Werden Fälle von verdächtigen Erkrankungen gefunden, so ist nach der

31. Juli 1895  
ng vom 23. April 1900 zu verfahren.

Die obligatorische Vernichtung der an Bord befindlichen Ratten ist anzu- Nach den Erfahrungen in Hamburg sind zu diesem Zwecke pro 1000 com alt 10 kg Schwefel und 20 kg Kohlen in getrennten Behältern zu ver- nachdem das Schiff entladen ist.

Für Ausbildung von Gesundheitsaufsehern, welche unter Aufsicht des Hafen- : Schiffsbesichtigungen auszuführen haben, ist Sorge zu tragen. Für die ng und den Dienst der Gesundheitsaufseher hat die in der Anlage beigefügte ung für die Gesundheitsaufseher zur Untersuchung der an- den Schiffe“ und die „Instruction für die im hafenärztlichen beschäftigten Gesundheitsaufseher“ zu dienen.“

struction für die im hafenärztlichen Dienst beschäftigten Ge- itsaufseher.

1. Die Gesundheitsaufseher werden von der Hafenpolizeibehörde angestellt ihre Instruction verpflichtet. Sie haben den dienstlichen Weisungen des es und seiner eventuellen Stellvertreter Folge zu leisten.

2. Die Gesundheitsaufseher müssen eine genaue Kenntniss der allgemeinen nderen Vorschriften über die gesundheitspolizeiliche Ueberwachung der sowie der gesetzlichen Bestimmungen über Unterkunft und Verpflegung des rsonals und über die Fürsorge für Kranke besitzen. Ferner müssen sie v

den Vorschriften und dem Betriebe des Krankentransportwesens, der Schiffsinfectionen und den Bestimmungen über die Mitwirkung der Hafenpolizei zur Erlangung ärztlicher Hülfe im Hafen und zur Herbeirufung des Hafenarztes vertraut sein.

§ 3. Das Auftreten der Gesundheitsaufseher soll höflich, aber bestimmt sein. Sie sollen überall, namentlich auch auf den fremden Schiffen, durch Belehrung darauf hinwirken, dass die gesundheitlichen Vorschriften an Bord bekannt und befolgt werden. Sie sind nicht berechtigt, selbstständig Anordnungen zu treffen, haben vielmehr über alle Vorkommnisse von sanitätspolizeilichem Interesse dem Hafenarzt zu berichten. Sie sind zur Verschwiegenheit über alle Vorkommnisse im Dienst verpflichtet.

§ 4. Die einzelnen Dienstgänge und Geschäfte sind gründlich, aber ohne überflüssigen Zeitaufwand zu erledigen. Namentlich sollen sich die Gesundheitsaufseher nicht länger als unbedingt nöthig an Bord der Schiffe aufhalten.

§ 5. Unter keinen Umständen dürfen die Gesundheitsaufseher für dienstliche Verrichtungen, auch nicht für irgend welche Hülfeleistungen bei Kranken, Verletzten und dergleichen Geld oder sonstige Vergütungen fordern oder annehmen. Ebensovienig dürfen Getränke an Bord angenommen werden.

§ 6. Im Dienst müssen die Gesundheitsaufseher stets eine Legitimation bei sich führen, welche ihnen von der Hafenpolizeibehörde ausgestellt wird.

§ 7. Die Regelung des Dienstes erfolgt durch das Hafenamt. Die Gesundheitsaufseher haben sich Morgens vor Beginn des Dienstes dort einzufinden um den Tagesbericht über die in den Hafen eingekommenen Schiffe einzusehen und zu erfahren, welche Schiffe sie im Laufe des Tages zu besuchen und welche anderweiten Dienstgeschäfte sie zu übernehmen haben.

§ 8. Die Revision eines Schiffes wird in folgender Weise vorgenommen:

I. Beim Anbordkommen hat sich der Gesundheitsaufseher dem Capitain oder seinem Stellvertreter vorzustellen und um Auskunft über folgende Verhältnisse zu ersuchen:

a) Namen des Schiffes, Name des Capitains, Flagge, Art (ob Dampfer oder Segelschiff), Herkunft des Schiffes, Tag der Ankunft im Hafen, Reiseroute und Reisedauer, Sollbestand der an Bord eingeschifften Personen (hierzu ist event. die Einsicht in die Musterrolle oder das Schiffsjournal zu verlangen),

b) Erkrankungen, Todesfälle und sonstige, sanitätspolizeilich wichtige Vorkommnisse während der Reise, im Abgangshafen und in den angelaufenen Häfen (event. Einsicht in das Schiffsjournal), bei der Ankunft des Schiffes vorhandene Kranke.

c) Herkunft des Trinkwassers und event. des Ballastwassers, Herkunft des Proviantes, bei deutschen Schiffen Herkunft der Ausrüstung mit Hilfsmitteln zur Krankenpflege, Zeit der letzten Erneuerung dieser Vorräthe, Bescheinigung über die letzte jährliche Nachprüfung.

II. Hierauf folgt die Besichtigung und Befragung der an Bord anwesenden, eingeschifften Personen nach ihrem augenblicklichen Gesundheitszustand und demjenigen während der Reise. Die Untersuchung der Kranken ist nur bei der männlichen Schiffsbesatzung zulässig und darf sich auch bei diesen nur auf die Feststellung von äusseren Schäden, Hautausschlägen und die Messung der Körpertemperatur erstrecken. Nach dem Ausfall der Besichtigung und Untersuchung ist der Capitain zu benachrichtigen, dass die Kranken, welche an ansteckenden Krankheiten, sowie an Fieber, Brechdurchfall, Ausschlag und Scurbut leiden, das Schiff erst nach Besichtigung durch den Hafenarzt und nur mit dessen Erlaubniss verlassen dürfen. Auch betreffs der anderen Kranken ist dem Capitain mitzutheilen, dass dem Hafenarzt Bericht erstattet werde, und dass der Hafenarzt

selbst zur Untersuchung und weiteren Veranlassung an Bord kommen-  
liche Anordnungen zu treffen, ist den Gesundheitsaufsehern verboten.  
er befugt, beim Verdacht von Pest, Cholera oder Gelbfieber dem Schiffs-  
m Eintreffen des Hafenarztes die freie Kommunikation mit dem Lande zu

folgt die Besichtigung der bewohnten Schiffsräumlichkeiten, ins-  
s Mannschaftslogis und des Lazareths. Besichtigung und Prüfung der  
orräthe. Besichtigung der Closets. Bei Beschwerden über schlechten  
auch der letztere zu besichtigen, und sind event. gleich Proben davon zu

chliesslich hat der Gesundheitsaufseher dem Capitain oder seinem  
ein Exemplar der Polizeiverordnungen, betreffend die gesundheitspoli-  
rwachung der Schiffe im Hafen zu überreichen, soweit solche erlassen  
hm auch mündlich den Inhalt dieser Vorschriften unter Hinweis auf die  
ungen zu verdeutlichen.

ie eingehenden Schiffe sind mit thunlichster Beschleunigung abzufer-  
besichtigung eines Schiffes darf nur in dringenden Fällen unterbrochen  
. zur Abstattung dringlich erscheinender Meldungen im Hafenamt oder  
fung des Hafenarztes).

Ausser den eben ankommenden sollen auch die bereits im Hafen liegen-  
nach näherer Anweisung des Hafenarztes, behufs Nachrevision durch die  
aufseher besucht werden.

Täglich zu einer vom Hafenamt zu bestimmenden Stunde haben die Ge-  
seher dem Hafenarzt mündlichen oder schriftlichen Bericht zu erstatten.  
Die Gesundheitsaufseher haben möglichst in der Nähe des Hafens ihre  
nehmen.

stige Bestimmungen.

rschriften, welche zur Verhütung der Weiterverbreitung ansteckender  
und zur Behandlung ansteckender Kranker sonst noch in Deutschland  
sind, beruhen auf dem Landesrecht, da das Reich nur die Bekämpfung  
ten gemeingefährlichen Krankheiten, Aussatz, Cholera, Fleckfieber, Gelb-  
und Pocken geregelt hat.

sind die in dem Reichsgesetze vom 30. Juni 1900 (siehe S. 1027) ent-  
schriften über die Anzeigepflicht, die Ermittlung der Krankheit, die  
egeln und die sonstigen allgemeinen Bestimmungen den in jüngster  
en landesgesetzlichen Bestimmungen über die Verhütung der Verbreitung  
steckender Krankheiten zu Grunde gelegt worden.

ndesgesetzlichen Bestimmungen beruhen zumeist auf den allgemeinen  
en. So bestimmt Artikel 72 des Bayerischen Polizeistrafgesetz-  
pprobirte Aerzte, Wundärzte, Bader, Hebammen und Thierärzte,  
ihnen nach Verordnung obliegende Anzeige von dem Ausbruch  
kenden Krankheit unter Menschen oder Thieren nicht sofort der  
le erstatten, werden an Geld bis zu neunzig Mark bestraft.“ Die  
ze Königl. Verordnung vom 22. Juli 1891 bestimmt: „Aerzte, Wund-  
ader (als Gehülfen der Aerzte und bei Ausübung der ersten Hülfe in  
- und sonstigen Nothfällen) haben von jedem bei Ausübung ihres Be-  
rkenntniss gelangenden Auftreten nachstehender Krankheiten Anzeige zu  
lattern, Cerebrospinalmeningitis, Cholera, Dysenterie, Puerperalfieber,  
brand, Rotzkrankheit, Trichinose, Wuth. Bei allen übrigen ansteckenden  
schen Krankheiten, wie insbesondere bei Diphtherie, Scharlach, Masern“

Keuchhusten, ägyptischer Augenentzündung, Influenza sind die Medicinalpersonen ebenfalls zur Anzeige verpflichtet, wenn eine derartige Krankheit in grösserer Verbreitung oder in besonderer Heftigkeit auftritt.“

Die Verordnung des fürstlich Schaumburg-Lippeschen Ministeriums vom 19. December 1900 schreibt Folgendes vor:

Auf Grund des § 5 des Gesetzes über die Polizeiverwaltung vom 22. Mai 1892 erlassen wir die nachfolgende Polizeiverordnung:

§ 1. Jede Erkrankung und jeder Todesfall an

a) Aussatz (Lepra), Cholera (asiatischer), Flecktyphus (Flecktyphus), Gelbfieber, Pest (orientalischer Beulenpest), Pocken (Blattern):

b) Rückfallfieber, Unterleibstypus, epidemischem Kopfgenickkrampf, Ruhr, Diphtherie, Scharlach, Wochenbettfieber, wie auch entzündlicher Erkrankung des Unterleibes im Wochenbett, Rotz, Milzbrand, Wuthkrankheit, sowie

c) von Bissverletzungen durch tollwuthkranke Thiere und von Trichinose, ist ungesäumt, spätestens aber innerhalb 24 Stunden der für den Aufenthaltsort des Erkrankten oder den Sterbeort zuständigen Orts-Polizeibehörde (Polizeidirector, Landrathsämter, Magistrat Stadthagen) anzuzeigen.

Dieselbe Anzeige ist in solchen Erkrankungsfällen erforderlich, welche den Verdacht von Aussatz, Cholera, Flecktyphus, Gelbfieber, Pest, Pocken oder epidemischem Kopfgenickkrampf zu erwecken geeignet sind; nicht minder bei dem Verdachte von Unterleibstypus, sofern solcher Verdacht durch die Erscheinungen eines heftigen und anhaltenden gastrischen Fiebers unterstützt wird.

§ 2. Jeder einzelne Fall bedarf einer besonderen Anzeige. Die Anzeige über den Verdacht einer der genannten Krankheiten (§ 1 Absatz 2) befreit nicht von der abermaligen Anzeige nach Eeststellung der betreffenden Krankheit. Wechselt der Erkrankte den Aufenthaltsort, so ist dies unverzüglich bei der Polizeibehörde des bisherigen und des neuen Aufenthaltsorts zur Anzeige zu bringen.

§ 3. In der Anzeige (§ 1) sind Vor- und Zuname, Alter, Stand und die Wohnung des Erkrankten, sowie der Tag seines Eintritts in die ärztliche Behandlung anzugeben. Bei Cholera, Pocken, Flecktyphus, Rückfallfieber, epidemischem Kopfgenickkrampf, Aussatz, Ruhr, Diphtherie und Scharlach ist der Anzeige ausserdem eine Angabe darüber beizufügen, ob in dem Hausstande, dem der Kranke angehört, von der Krankheit noch nicht ergriffene Schulkinder vorhanden sind.

§ 4. Zur Anzeige sind verpflichtet:

1. der zugezogene Arzt,
2. der Haushaltungsvorstand,
3. jede sonst mit der Behandlung oder Pflege des Erkrankten beschäftigte Person,
4. Derjenige, in dessen Wohnung oder Behausung der Erkrankungs- oder Todesfall sich ereignet hat,
5. der Leichenschauer.

Die Verpflichtung der unter No. 2 bis 5 genannten Personen tritt nur dann ein, wenn ein früher genannter Verpflichteter nicht vorhanden ist. Für Krankheits- und Todesfälle, welche sich in öffentlichen Kranken-, Entbindungs-, Pflege-, Gefangenen- und ähnlichen Anstalten ereignen, ist der Vorsteher der Anstalt oder die von der zuständigen Stelle damit beauftragte Person ausschliesslich zur Erstattung der Anzeige verpflichtet.

§ 5. Die Anzeige kann mündlich oder schriftlich erstattet werden. Die Polizeibehörden haben auf Verlangen Meldekarten für schriftliche Anzeigen unentgeltlich zu verabfolgen.

§ 6. Sobald der behandelnde Arzt Wochenbettfieber oder eine entzündliche Erkran-

des Unterleibes im Wochenbett erkennt, hat er davon die etwa bei der Entbindung zugezogene oder bei der Pflege der Wöchnerin beschäftigte Hebamme zu verdingen.

§ 7. Handelt es sich um den Ausbruch oder den Verdacht des Aufstehens einer der im § 1a genannten Krankheiten (gemeingefährliche Krankheiten), so richten sich die zu ergreifenden Schutzmassregeln nach den Bestimmungen des Infektionsgesetzes vom 30. Juni 1900, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten (Reichs-Gesetz-Bl., S. 306 ff.).

§ 8. Ob und welche Schutzmassregeln zur Verhütung der Weiterverbreitung der im § 1b genannten Krankheiten zu ergreifen sind, hat die Polizeibehörde nach Anhörung des beamteten Arztes nach Besonderheit des einzelnen Falles anzunehmen. Soweit besondere Schutzmassregeln nicht für erforderlich gehalten werden, sind die in den nachstehenden §§ 9—11 gegebenen Vorschriften zu beachten.

§ 9. Die Haushaltungs- und Anstaltsvorstände, Gast-, Herbergs-, Quartier-Hauswirthe haben dafür Sorge zu tragen, dass die in ihrem Hausstande an einer der im § 1a und b genannten Krankheiten Erkrankten, soweit sie sich, von anderen Personen abgesondert werden, dass während des Bestehens der Krankheit, sowie alsbald nach deren Beendigung eine gründliche Reinigung und Desinfection nach Massgabe der allgemeinen oder in den einzelnen Krankheitsfällen besonders gegebenen Vorschriften durchgeführt werde und die in Bezug auf die Einsargung, Aufbewahrung und Beerdigung von Leichen der an ansteckenden Krankheiten verstorbenen Personen vorgesehenen allgemeinen Bestimmungen oder in Ermangelung solcher die für den einzelnen Fall angeordneten Vorschriften genau befolgt werden.

§ 10. Personen, die an einer im § 1a und b genannten Krankheit erkrankt sind, dürfen ohne besondere polizeiliche Erlaubniss sich weder aus einer Wohnung (Logis, Schlafstelle, Obdach u. s. w.) in eine andere, noch aus einer Ortschaft in die andere begeben oder fortgeschafft werden, soweit es sich nicht um ihre unmittelbare Ueberführung in die zunächst gelegene Krankenanstalt handelt.

§ 11. Wenn Fuhrwerke oder sonstige Beförderungsmittel zur Fortschaffung von Personen benutzt worden sind, die an einer im § 1a und b genannten Krankheit erkrankt sind, so müssen sie nach dem Gebrauche sofort gründlich gereinigt und desinficirt werden.

§ 12. Erkrankt eine in einem Schulhause wohnhafte oder eine zum Hausstande ausserhalb des Schulhauses wohnenden Lehrers gehörige Person, oder ein schulpflichtiges Kind, an einer ansteckenden Krankheit, so finden ausserdem die Vorschriften der Polizeiverordnung, betreffend die Schliessung der Schulen bei ansteckenden Krankheiten, vom 27. Juni 1900 in der dazu gegebenen Anweisung zur Verhütung und Verbreitung ansteckender Krankheiten durch die Schulen von dem Tage an Anwendung.

§ 13. Wer den Bestimmungen dieser Verordnung zuwiderhandelt, oder es lässt, den ihm durch dieselbe oder durch die bezüglichlichen Anordnungen der Ortsbehörde auferlegten Verpflichtungen nachzukommen, verfällt, soweit nicht durch den allgemeinen gesetzlichen Bestimmungen eine höhere Strafe verwirkt ist, in eine Geldstrafe bis zu sechzig Mark oder verhältnissmässige Haft.

§ 14. Diese Polizeiverordnung tritt am 1. Januar 1901 in Kraft und an die Stelle der mit diesem Zeitpunkt aufgehobenen Polizeiverordnung vom 11. October 1890, betreffend die Verhütung und Verbreitung ansteckender Krankheiten (L.-V. 16 S. 3). Die anderweitig erlassenen Vorschriften über die Berufspflichten der Hebammen werden durch die gegenwärtige Polizeiverordnung nicht berührt.

Wo ein landesgesetzliches Vorgehen nicht empfehlenswerth erscheint, tritt das ortspolizeiliche Vorgehen auf Grund der allgemeinen Polizeigesetze ein. So ist in der Stadt Trier am 8. Juni 1900 nachstehende bemerkenswerthe Polizeiverordnung über die Anzeigepflicht bei Lungen- und Kehlkopftuberkulose erlassen:

„§ 1. Jeder in Gasthöfen, Logirhäusern, Herbergen, Schlafstellen, Pensionaten und Internaten, in Waisen-, Armen- und Siechenhäusern, sowie in Krankenanstalten vorkommende Erkrankungsfall von Lungen- oder Kehlkopftuberkulose (Schwindsucht) ist von dem behandelnden Arzte bzw. von dem Haushalts- oder Anstaltsvorstande binnen 24 Stunden nach Feststellung der Krankheit der Ortspolizeibehörde anzuzeigen.

§ 2. In jedem Fall, in welchem ein an vorgeschrittener Lungen- oder Kehlkopftuberkulose (Schwindsucht) Erkrankter in Rücksicht auf seine Wohnungsverhältnisse seine Umgebung hochgradig gefährdet, bzw. aus seiner Wohnung verzieht oder in seiner Wohnung stirbt, ist der behandelnde Arzt bzw. Haushaltsvorstand verpflichtet, der Ortspolizeibehörde innerhalb 24 Stunden nach Eintritt des Falles Anzeige zu erstatten.

§ 3. Wer den Bestimmungen dieser Verordnung zuwiderhandelt, wird mit Geldstrafe bis zu 30 Mark oder verhältnissmässiger Haft bestraft. § 4. Diese Polizeiverordnung tritt mit dem Tage ihrer Verkündigung in Kraft.“

Ebenso bemerkenswerth ist die an demselben Tage und in derselben Stadt erlassene Polizeiverordnung über die Desinfection beim Auftreten ansteckender Krankheiten:

„§ 1. Die Haushalts- und Anstaltsvorstände, Haus-, Gast-, Herberg- und Quartierwirthe und deren Stellvertreter, sowie die behandelnden Aerzte haben dafür Sorge zu tragen, dass bei dem Auftreten ansteckender Krankheiten, welche gemäss des Regulativs vom 8. August 1835 (G.-S., S. 240) oder gemäss besonderer Verordnungen anzeigepflichtig sind, sowohl während des Bestehens der Krankheit, sowie alsbald nach deren Ablauf eine sorgfältige Desinfection der Ausscheidungen der Kranken, der von ihnen benutzten Sachen, Räume und der in diesen befindlichen Gegenstände, der Genesenen bzw. Verstorbenen, der Pfleger oder anderer mit den Kranken in Verkehr gekommener Personen nach Massgabe der in den „Desinfections- und Verwaltungsvorschriften bei ansteckenden Krankheiten“ vom 30. Mai d. J. enthaltenen Anweisungen erfolge.

§ 2.

a) Die in § 1 genannten Verpflichtungen haben dafür Sorge zu tragen, dass bei Krankheits- und Sterbefällen

A. von

1. Cholera,
2. Pocken,
3. Pest,
4. Fleck- und Rückfalltyphus,
5. bösartigem Scharlach,
6. Diphtherie,
7. Lepra (Aussatz),
8. Kopfgienickkrampf,

B. von

9. Unterleibstypus,
10. bösartiger Ruhr,
11. bösartigen Masern,
12. Milzbrand,
13. Rotz und Wurm.

14. Wuthkrankheit, die in § 7b der Desinfections- und Verwaltungsvorschriften eichnete Schluss- oder Wohnungs-Desinfection durch die Desinfectoren städtischen Desinfectionsanstalt ausgeführt werde.

b) Bei den unter B. Ziffer 9—14 genannten Krankheiten kann auf besondere ordnung der Ortspolizeibehörde von einer Schluss- oder Wohnungsdesinfection ch die städtischen Desinfectoren abgesehen werden, wenn durch ein der Ortspolizeiörde (Armen-Deputation) vorzulegendes ärztliches Zeugniß der Nachweis erbracht l, dass während des Krankheitsverlaufes und unmittelbar nach Beendigung der kheit durch Genesung oder Tod, bezw. nach Entfernung des Kranken aus seiner unung, die in den §§ 7 und ff. an a. O. (der gen. Desinfections- und Verhaltenschriften) vorgeschriebenen Desinfectionsmassregeln sorgfältig durchgeführt wurden, falls der Königliche Kreisarzt nicht die amtliche Vornahme der Desinfection B. in Gasthöfen, Logirhäusern, Herbergen, Schlafstellen, Pensionaten und Intern: Waisen-, Siechen- und Armenhäusern oder bei wiederholten Erkrankungen in selben Haushalt, Hause oder dergl.) für nothwendig erachtet.

c) Die Vorstände von Krankenanstalten können, wenn sie im Besitze eines dem Gutachten des Kreisarztes zweckdienlichen Desinfectionsapparates sind, bei kheits- und Sterbefällen der in Absatz a unter A und B genannten Krankheiten der Verpflichtung der Ausführung der amtlichen Schlussdesinfection durch die tischen Desinfectoren mittelst ortspolizeilicher Anordnung entbunden werden.

§ 3. Die Herbeiführung der vorstehend in § 2 unter a und b dieser Verordnung eschriebenen Desinfectionen oder ortspolizeilichen Anordnungen ist seitens der lbst genannten Pflichtigen innerhalb 24 Stunden näch ärztlich festgestellter Geung oder nachdem der Kranke oder Verstorbene aus dem Krankenzimmer oder Wohnung entfernt worden ist, bei der Ortspolizeibehörde (städtischen Armenation) zu beantragen.

§ 4. Bei Krankheits- oder Sterbefällen an Lungen- oder Kehlkopftuberkulose windsucht), soweit solche nach den §§ 1 und 2 der Polizeiverordnung über die igepflicht bei Lungen- und Kehlkopftuberkulose (Schwindsucht) vom heutigen d. J. für Aerzte, Haushaltungs- und Anstaltsvorstände anzeigepflichtig sind, n den Verpflichteten die Vornahme der Desinfection des Krankenzimmers nach § 17 17 der genannten Desinfections- und Verwaltungs-Vorschriften durch die Orts- eibehörde auferlegt werden. In allen den Fällen, in denen der Königliche Kreisarzt mtliche Desinfection für nothwendig erachtet, ist diese auf besondere ortspoli- he Anordnung lediglich durch die städtischen Desinfectoren zu bewirken. Die , innerhalb welcher die Desinfection in jedem Falle auszuführen ist, wird von Ortspolizeibehörde festgesetzt.

§ 5. Mit Geldstrafe bis zu 30 Mark oder verhältnissmässiger Haft wird bestraft, en in §§ 1 bis 4 enthaltenen Vorschriften zuwiderhandelt, wer die Ausführung n §§ 2 bis 4 angeordneten Desinfectionen hindert oder unmöglich macht, sofern durch die Zuwiderhandlungen die im § 327 des Str.-G.-B. vorgesehene höhere e Anwendung findet. Ausserdem kann die Ausführung der angeordneten Desinfec- n auf Kosten der nach § 2 und 4 Verpflichteten durch die Ortspolizeibehörde (endeputation) bewirkt werden.“

Die Erwägung, dass die Belehrung der Bevölkerung über das Wesen und Art der Verbreitung ansteckender Krankheiten ein wichtiger Factor der Seuchenmpfung ist, hat entsprechende Erlasse und Verfügungen veranlasst, so zum Bei- die nachstehende Bekanntmachung des Regierungspräsidenten in abinnen vom 16. Februar 1899, betr. Verhaltens- und Verhütungs- regeln bei der ansteckenden Augenentzündung, Granulose:



„Seit einer Reihe von Jahren herrscht im hiesigen Bezirke, namentlich unter der ländlichen Bevölkerung die sogenannte contagiöse, d. h. ansteckende Augenkrankheit. Diese Krankheit kann ein oder beide Augen betreffen, findet sich sowohl vereinzelt hie und da bei einer Person, als auch gruppenweise bei mehreren Mitgliedern einer Familie, eines Hauses oder Gehöftes, in Schulen, Erziehungsanstalten oder beim Militär. Das Leiden tritt entweder schleichend auf und kann jahrelang bestehen, ohno Schmerzen oder sonstige erhebliche Beschwerden zu verursachen. Die Kranken klagen in diesen Fällen Anfangs nur über Spannung und Schwere in den Augenlidern, die Augen thränen bei der Arbeit und sind nach dem Schläfe meist verklebt. Erst später nach Monaten oder Jahren stellen sich erhebliche Störungen beim Sehen ein, die allmählich zur vollständigen Erblindung führen können. In einer anderen Reihe von Fällen tritt das Leiden gleich im Beginn heftig auf. Unter Schmerzen schwellen die Augenlider an, werden roth und empfindlich, aus der Augenlidspalte quillt eitrig und blutig wässerige Flüssigkeit hervor. In sehr heftigen Fällen kann schon in wenigen Tagen Erblindung eintreten, in anderen weniger heftigen Fällen dieser Art können die Erscheinungen sich wieder zurückbilden oder sind überhaupt in etwas milderem Grade vorhanden und das Leiden verläuft später wieder mehr schleichend unter dem Bilde der geschilderten ersten Gruppe. Anfangs sind nur die Lider ergriffen und die im gesunden Auge weiss erscheinenden Theile des Augapfels, später auch die durchsichtigen Theile des letzteren. Die Rückfläche der Lider zeigt fast in allen Fällen eine rauhe Beschaffenheit.

Das wichtigste Merkmal der Krankheit ist die Uebertragbarkeit derselben von einer Person auf die andere, daher der Name „contagiöse oder ansteckende Augenkrankheit“. Diese Uebertragung geschieht häufig dadurch, dass gesunde Personen mit den von der Krankheit Behafteten in enger Berührung leben, in einem Zimmer oder gar in einem Bette mit einander schlafen, dasselbe Wasser, Geschirr oder Handtuch zum Reinigen des Gesichts und der Hände brauchen oder auf andere Weise Absonderung des erkrankten Auges auf ihr gesundes Auge übertragen. Am leichtesten und daher am häufigsten werden solche Augen von der Krankheit ergriffen, die sich bereits in einem entzündlichen oder gereizten Zustande befinden. Diese Erfahrung ist sehr wichtig, gerade für den hiesigen Bezirk, in welchem eine grosse Zahl dieser leichten und wenig Beschwerden verursachenden Augenkrankheiten namentlich unter der ländlichen Bevölkerung beständig vorkommt. Der Aufenthalt in engen, überfüllten und schlecht gelüfteten Räumen, unsaubere Körperhaltung, Arbeiten in staubiger Luft (Pferdeputzen, Dreschen, Pflügen, Eggen u. s. w.) erzeugen sehr leicht diese Reizzustände des Auges, welche oft jahrelang bestehen und immer den ergiebigsten Boden für die Entwicklung des ansteckenden Augenkrankheiten darbieten.

Zur Vorbeugung oder Bekämpfung der letzteren ist es daher nothwendig:

1. durch Reinlichkeit des Körpers, fleissiges Waschen, namentlich nach Arbeiten in staubiger Luft, durch fleissiges Lüften und Reinhalten der Wohn- und Schlafstuben, das Auge vor Reiz und Erkrankung überhaupt zu schützen,

2. jede enge Berührung mit einer an ansteckender Augenkrankheit leidenden Person zu vermeiden, namentlich:

- a) nicht mit ihr in einer Stube oder gar in einem Bette zu übernachten.
- b) nicht dasselbe Waschwasser, Geschirr oder Handtuch zu gebrauchen.
- c) oder auf andere Weise Absonderung aus dem erkrankten Auge auf ein anderes gesundes Auge zu übertragen.

Sehr wichtig ist:

3. dass jeder Fall von ansteckender Augenkrankheit so schnell als möglich ärztlich behandelt wird. Es wird hierdurch in vielen Fällen nicht blos der Erblindung vor-

zugt, sondern auch weiterer Uebertragung der Krankheit. Es ergeht daher Aufferung zur Beachtung dieser Massregel und vor Allem zur rechtzeitigen Anzeige Fälle von verdächtigen Augenkrankheiten. Sind in einer Familie, in einem Hause, auf einem Gehöfte, in einer Schule oder Erziehungsanstalt mehrere Personen von den oben geschilderten Zeichen an den Augen erkrankt, so lässt sich mit ziemlicher Sicherheit annehmen, dass es sich um die ansteckende (contagiöse) Augenkrankheit handelt und ist in diesen Fällen die Anzeige dieser Erkrankungen an die Polizeibehörde, den Amtsvorsteher, den Landrath eine im öffentlichen Wohle gelegene dringende Pflicht.“

Ueber die Vorschriften zur Verhütung ansteckender Krankheiten in den Schulen, siehe S. 901.

Ueber die Vorschriften für die Desinfection bei ansteckenden Krankheiten, siehe SS. 1034—1037, 1043, 1053—1057, 1068.

Ueber den Transport ansteckender Kranker, siehe S. 1071 ff.

Ueber die Verhütung der Lungentuberkulose unter den Gefangenen, siehe S. 892.

#### Anhang.

##### Ueberwachung der Prostitution.

##### (Besondere Behandlung der Geschlechtskranken.)

Die Ueberwachung der Prostitution dient zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten und stützt sich auf folgende Paragraphen des Str.-G.-B.s:

„§ 361. Mit Haft wird bestraft: 1. wer, nachdem er unter Polizeiaufsicht gestellt worden ist, den in Folge derselben ihm auferlegten Beschränkungen zuwiderlehrt; 6. eine Weibsperson, welche wegen gewerbmässiger Unzucht einer polizeilichen Aufsicht unterstellt ist, wenn sie den in dieser Hinsicht zur Sicherung der Sittlichkeit, der öffentlichen Ordnung und des öffentlichen Anstandes erlassenen polizeilichen Vorschriften zuwiderhandelt, oder welche, ohne einer solchen Aufsicht unterstellt zu sein, gewerbmässig Unzucht treibt;

§ 362. Die nach Vorschrift des § 361 No. 3 bis 8 Verurtheilten können Arbeiten, welche ihren Fähigkeiten und Verhältnissen angemessen sind, thunlich und, sofern sie von anderen freien Arbeitern getrennt gehalten werden, auch ausserhalb der Strafanstalt angehalten werden. Bei der Verurtheilung kann zugleich erkannt werden, dass die verurtheilte Person nach verbüsster Haft der Landespolizeibehörde zu überweisen sei. Die Landespolizeibehörde erhält durch die Befugnis, die verurtheilte Person entweder bis zu 2 Jahren in ein Arbeitshaus unterzubringen oder zu gemeinnützigen Arbeiten zu verwenden. Im Falle des § 361 No. 4 ist dieses jedoch nur dann zulässig, wenn der Verurtheilte in den letzten 3 Jahren wegen dieser Uebertretung mehrmals rechtskräftig verurtheilt worden ist oder wenn derselbe unter Drohungen oder mit Waffen gebettelt hat. Ist gegen einen Ausländer auf Ueberweisung an die Landespolizeibehörde erkannt, so kann an dessen Unterbringung in ein Arbeitshaus Verweisung aus dem Bundesgebiete eintreten.“

Die Maassregeln gegen die Gefahren der gewerbmässigen Unzucht sind kurz in der preussischen Dienstanweisung für die Kreisärzte vom 23. März 1872 wie folgt zusammengefasst:

„§ 90. Zur Verhütung der Verbreitung ansteckender Geschlechtskrankheiten ist eine strenge Controlle der gewerbmässigen Unzucht, regelmässige Untersuchung unter sittenpolizeilicher Aufsicht stehenden Weibspersonen und sofortige Unterbringung der krank Befundenen in eine Krankenanstalt wichtige und wirksame

Massregeln, auf deren Beachtung der Kreisarzt immer wieder von Neuem hinzuweisen hat. Bei der Durchführung der sittenpolizeilichen Ueberwachung der Dirnen hat er die Polizeibehörden nach Kräften zu unterstützen. Der Untersuchung durch den Sittenarzt hat er auf Erfordern und unaufgefordert wenigstens einmal im Jahre beizuwohnen; er hat sich bei dieser Gelegenheit von der vorschriftsmässigen Ausführung der ärztlichen Untersuchung, der ordnungsmässigen Beschaffenheit der Instrumente u. s. w. zu überzeugen (vergl. Min.-Erl. vom 13. Mai 1898).“

Der angeführte Min.-Erl. vom 13. Mai 1898 lautet:

„Die auf unsern Erlass vom 23. März d. J. (M. d. g. A. M. 10685, M. d. J. II. 3723, Kr.-M. 1001/3 97 M. A.) erstatteten Berichte lassen erkennen, dass einzelne Vorschriften des Erlasses von mehreren Berichterstattern nicht zutreffend aufgefasst worden sind.

Zur Richtigstellung bemerken wir Folgendes:

1. Die Ueberwachung der Prostitution hat sich auf die durch unsern Erlass vom 20. Juli 1894 — M. d. g. A. M. 6710, M. d. J. II. 8228, Kriegs-M. 570/7 M. A. — bezeichneten Ortschaften zu beschränken.

2. Als „Amtsraum“ ist jedes lediglich für den Zweck der Untersuchung in einem polizeilichen Dienstgebäude, einem Kranken-, Seuchen- oder Armenhause bereit gestellte und zweckentsprechend ausgerüstete Zimmer zu erachten, welches hell, geräumig, sauber und in dem Gebäude so gelegen ist, dass der Zutritt der Prostituirten die eigentlichen Hausinsassen nicht stört oder gar belästigt.

3. Die mit der Untersuchung der Prostituirten betrauten approbirtten Aerzte (G.-O. § 29) sollen für diesen Zweck von den zuständigen Behörden bestellt sein; es soll nicht jeder beliebige Arzt nach der Wahl der Dirnen die Untersuchung vornehmen können.

4. Die in einzelnen Berichten gestellten Anträge auf Vermehrung der Controlbeamten etc. werden durch Sonderverfügung erledigt werden.

Unter möglichster Berücksichtigung der gestellten Abänderungsanträge bestimmen wir zur Bekämpfung der venerischen Krankheiten und zur Beschränkung der Prostitution was folgt:

1. Die Ueberwachung der Prostituirten muss an allen Orten, soweit dies noch nicht geschieht, durch geschickte und tactvolle Polizeibeamte in genügender Zahl ausgeführt werden. Wo die vorhandenen Kräfte nicht ausreichen, ist für deren Vermehrung Sorge zu tragen; Privatpersonen dürfen bei der Ueberwachung niemals mitwirken.

2. Die ärztliche Untersuchung der Dirnen darf nur von besonders zu diesem Zwecke bestellten approbirtten Aerzten (Sittenärzten) in Amtsräumen (niemals in der Wohnung der Dirne) nach Anweisung beifolgender Vorschriften vorgenommen werden und muss wöchentlich 2mal stattfinden. Ganz ausnahmsweise darf, sofern die besonderen Verhältnisse dies rechtfertigen, Prostituirten gestattet werden, sich in der Wohnung des Sittenarztes untersuchen zu lassen. Während der Untersuchung muss eine geeignete weibliche Person zur Reinigung der benutzten Geräthe anwesend sein. Bei Tripperverdacht empfiehlt sich die Untersuchung auf Gonokokken mittels des Mikroskops.

3. Die sittenpolizeiliche Ueberwachung der Dirnen ist auf die in dem auf unsern Erlass vom 20. Juli 1894 erstatteten Berichte näher bezeichneten Vororte von grossen Städten auszudehnen.

4. Rückfragen über das Vorleben neu anziehender verdächtiger weiblicher Personen sind allgemein, aber mit grosser Vorsicht zur Schonung des guten Rufes unrechtmässiger Weise Verdächtiger zu halten. Die Polizeibehörden des Ab-

gsortes sind verpflichtet, bei dem Verzuge einer unter sittenpolizeilicher Ueberwachung oder im Verdaucht heimlicher Prostitution stehenden Frauensperson der lizeibehörde des Zuzugsortes unaufgefordert die für die sitten- und gesundheitspolizeiliche Ueberwachung nöthigen Mittheilungen zu machen.

5. Jede venerisch erkrankte weibliche Person, von welcher die weitere Ver-  
sorgung des Uebels durch ausserehelichen Geschlechtsverkehr zu befürchten steht,  
ss sofort in einem Krankenhause untergebracht werden. (§§ 69 mit 16 des Regu-  
irs vom 8. August 1835 — G. S., S. 240 —). Ferner ist darauf hinzuwirken,  
s auch andere venerisch Erkrankte beiderlei Geschlechts in einem Krankenhause  
nahme finden. Alle solche in einem Krankenhause aufgenommenen Kranken  
ssen dort human behandelt werden.

6. Die Civilärzte sind in bestimmten Zwischenräumen auf die Bestimmung  
§ 65 Abs. 1 und 3 und des § 69 des Regulativs vom 8. August 1835 (G. S.,  
240), betreffend die Behandlung syphilitisch kranker Soldaten, sowie auf die dazu  
angenomen Ministerial-Erlasse hinzuweisen. Unter syphilitischen Erkrankungen sind  
ht nur die constitutionelle Syphilis, sondern auch Tripper und weicher Schanker  
st Folgezuständen zu verstehen. Die Militärärzte haben in jedem Falle von vene-  
rcher Erkrankung eines Soldaten zu versuchen, die Ansteckungsquelle zu ermitteln  
l dieselbe der vorgesetzten militärischen Dienststelle anzuzeigen, welche der Orts-  
izeibehörde davon unverzüglich Kenntniss giebt.

7. Eine Beschränkung der heimlichen Prostitution ist neben Ueberwachung der-  
ben dadurch anzustreben, dass da, wo die örtlichen Verhältnisse es angezeigt  
cheinen lassen, eine thunliche Beschränkung der Wirthschaften mit weiblicher  
ienung bei Ertheilung der Concession und bei Festsetzung der Polizeistunde  
chgeführt wird.“

#### Vorschriften zur Untersuchung der Prostituirten.

„Nacheinander werden mindestens untersucht:

1. Gesicht, Mund- und Rachenhöhle (Spatel zum Herunterdrücken der Zunge),  
pen, Nackendrüsen, Brust, Arme (Roseola), Achselhöhlen, Cubitaldrüsen.

2. Auf dem Untersuchungsstuhl: After (Condylome, Geschwüre), Bauch- und  
enkelhaut, Leistendrüsen, grosse und kleine Schamlippen, besonders hintere Com-  
ur und Harnröhrenmündung: Harnröhre und Ausführungsgänge der Bartholi-  
nen Drüsen mittelst kunstgerechten Fingerdruckes.

3. Mit dem Mutterspiegel: Scheide, Muttermund und Halstheil der Gebärmutter.  
starker Schleimabsonderung Ausspülung der Scheide mittelst Wassereinspritzung  
Reinigung mittelst Wattebausch. Die gebrauchten Instrumente, welche nur aus  
, Porzellan oder Metall hergestellt sein dürfen, sind nach jedesmaligem Gebrauch  
h eine Wärterin in warmem Wasser mittelst grüner Seife und Bürste oder in  
ner 2proc. Sodalösung oder in 1proc. wässriger Holzinlösung zu reinigen.

4. Den Prostituirten sind gedruckte Verhaltungsmaassregeln zur Verhütung der  
eckung und über Reinhaltung des Körpers zu geben. Diese Vorschriften sind  
ntlich ohne Säumen durchzuführen.“

### D. Krankentransport.

#### 1. Krankentransport auf der Eisenbahn.

Die Eisenbahnverkehrsordnung vom 6. Oktober 1899 (der deutsche  
nbahn-, Personen- und Gepäcktarif Theil I: Verkehrsordnung nebst allgemeinen  
stbestimmungen) bestimmt in dem § 10 Abschnitt B:

Fahrkarten zugelassen, welche zur Benutzung der I. Klasse Einstellung von bauseigenen Schlafwagen ist. Daneben eine Benutzung der Schlafplätze nicht zu erheben. Soweit auf einzelnen für die erste Wagenklasse nicht ausgegeben werden, treten an Stelle I. Klasse zwei Fahrkarten III. Klasse.

3. 1. Werben auf den ausdrücklichen Wunsch des Bezeichneten Wagen gestellt, so sind die Beförderungskosten derselben diese Wagen in keiner Richtung besetzt durchfahren und bzw. Rückfahrt mit 7 Pfennig für die Achse und zu ersetzen. Werben die Wagen auf einem anderen Wege als nach der Heimathstation zurückgeführt, so dürfen dem Besteller höheren Kosten für den Leerlauf berechnet werden, als wenn ursprünglichen Hinwege zurückgeführt würde. Im Uebrigen bleibt dem Besteller die weiteren Bedingungen zu vereinbaren, unter welchen Wagen überlassen werden. 2. Der bezeichnete Vergütung Rücksumt darauf erhoben, ob der Wagen einer Eisenbahnverwaltung gehört und wird in dem letzteren Falle auch dann, und zwar für Fahrt, angerechnet, wenn etwa der Wagen auf besonderes Verlangen Verwendung behufs Instandsetzung nach einer Werkstätte gesa

4. 1. Freigewicht wird nach den Bestimmungen über Abfertigung berechnet. 2. Werden auf Verlangen zur Beförderung des Gepäcks eingestellt, so ist für diese ein Fahrgeld von 0,40 Mark für die 1. Klasse zu entrichten.

5. Für die Benutzung besonders eingerichteter Ki... die vorstehenden Bestimmungen für Salon- und Personenwagen.

6. 1. Bei Einstellung von Gepäck- oder Güterwagen sowie IV. und III. Klasse insofern aus letzteren die Sitze herausgenommen die Beförderung von Kranken sind vier Fahrkarten I. Klasse d... gattung zu lösen. Hierbei werden auch Rückfahr- und Rundreisek... Fahrkarten zugelassen, welche zur Benutzung der I. Klasse berec

Verbindungsbahn befördert werden sollen, welche der Zug, in den dieselben stellt sind, nicht befährt, so kommen neben den vorstehenden tarifmässigen ihren noch die für die zu befahrende Verbindungsbahn zu entrichtenden, aus abhängenden Zusammenstellung ersichtlichen Ueberfuhrgebühren zur Erhebung. 8. In jedem der nach Massgabe der Ziffer 1 gestellten Wagen wird ein iter (Wagenmeister) auf Grund eines von der vorgesetzten Dienststelle onsvorstand oder eine diesem übergeordnete Dienststelle) der den Wagen llenden Verwaltung auszufertigenden Ausweises auf den Benutzungs- und hrten des Wagens frei befördert. Der Ausweis berechtigt auch zur freien mit einem anderen Zuge als mit dem, in welchem der Wagen leer zurückläuft.“ r wird in dem § 20 derselben Verkehrsordnung bestimmt:

#### „Ausschluss Kranker von der Fahrt.

Personen, welche wegen einer sichtlichen Krankheit oder aus anderen Gründen itreisenden voraussichtlich belästigen würden, sind von der Mitfahrt auszu- ssen, wenn nicht für sie eine besondere Abtheilung bezahlt wird und bereitge- werden kann. Wird die Mitfahrt nicht gestattet, so ist das etwa bezahlte Fahr- inschliesslich der Gepäckfracht zurückzugeben. Wird erst unterwegs wahrge- en, dass ein Reisender zu den vorbezeichneten Personen gehört, so erfolgt der hluss auf der nächsten Station. Das Fahrgeld sowie die Gepäckfracht sind für cht durchfahrene Strecke zu ersetzen.

Personen, die an Pocken, Flecktyphus, Diphtherie, Scharlach, Cholera oder leiden, sind in besonderen Wagen, solche, die an Ruhr, Masern oder Keuch- n leiden, in abgeschlossenen Wagenabtheilungen mit getrenntem Abort zu lern.

Die Beförderung von Pestkranken ist ausgeschlossen. Bei Personen, die der vorgenannten Krankheiten verdächtig sind, kann die Beförderung der Beibringung eines ärztlichen Attestes abhängig gemacht werden, lem die Art ihrer Krankheit hervorgeht. Für die Beförderung in beson- Wagen und Wagenabtheilungen sind die tarifmässigen Gebühren zu be- n. Wer die vorgeschriebene Ordnung nicht beobachtet, sich den Anordnungen ediensteten nicht fügt oder den Anstand verletzt, wird ohne Anspruch auf den z des bezahlten Fahrgeldes von der Mitfahrt ausgeschlossen. Namentlich dürfen ene Personen zur Mitfahrt und zum Aufenthalt in den Warteräumen nicht zuge- werden und sind, falls die Zulassung dennoch stattgefunden hat, auszuweisen. t die Ausweisung unterwegs oder werden die betreffenden Personen zurückge- n, nachdem sie ihr Gepäck bereits zur Abfertigung übergeben haben, so haben inen Anspruch darauf, dass ihnen dasselbe anderswo, als auf der Station, wohin gefertigt worden, wieder verabfolgt wird.“

Ueber die Maassnahmen bei dem Transport Kranker in dem Eisenbahnverkehr stzeiten, siehe S. 1037.

#### **fahrrpreisermassigung für Kranke, Blinde, Taubstumme etc. auf der Eisenbahn.**

Eisenbahnverkehrsordnung vom 26. Oktober 1899 § 11 Abschnitt V C.:

Für mittellose Kranke, Blinde, Taubstumme und Waisen.

„1. Die Fahrt in III. Classe aller Züge zum Militärfahrpreis (Urlaub) wird ge- ::

a) mittellosen Personen zum Zwecke der Aufnahme in öffentliche Kliniken

und öffentliche Krankenhäuser sowie zum Zwecke des Besuchs von Kurorten, an denen ihnen der Gebrauch der Bäder oder der sonstigen Kureinrichtungen unentgeltlich oder zu ermäßigtem Preise gestattet ist;

b) kranken Kindern unbemittelter Personen zum Zwecke der Aufnahme in die für solche Kinder eingerichteten besonderen Heilstätten;

c) unbemittelten Zöglingen der öffentlichen Blinden- und Taubstummenanstalten sowie unbemittelten Pfleglingen der öffentlichen Heil- und Pflegeanstalten für epileptische Kranke und für blöde Kinder zum Zwecke ihrer Verbringung in eine der genannten Anstalten sowohl als bei der Entlassung aus der Anstalt und für Urlaubsreisen zum Besuch ihrer Angehörigen;

d) unbemittelten Taubstummen für den Besuch kleinerer Zusammenkünfte an den Taubstummenanstalten sowie Taubstummen, welche zum Zwecke ihrer kirchlichen Versorgung die Anstalten zu besuchen wünschen;

e) unbemittelten Zöglingen der unter Aufsicht des Staates stehenden Waisenanstalten für Urlaubsreisen zum Besuch ihrer Angehörigen.

2. Zwei Kinder bis zum vollendeten zehnten Lebensjahre finden hierbei Beförderung auf eine Fahrkarte, während ein einzelnes Kind unter 10 Jahren den vollen Militärfahrpreis (Urlaub) zu zahlen hat.

3. Die Ermässigung wird sowohl für die Hin- als für die Rückfahrt gewährt.

4. Die gleiche Ermässigung wird für je einen Begleiter der unter 1a) bis d) aufgeführten Personen eingeräumt, und zwar auch zur Rückreise nach Ablieferung der Schützlinge am Bestimmungsorte sowie zur Hinreise behufs Wiederabholung der Schützlinge.

5. Als Ausweis wird verlangt:

a) von den unter 1a) und b) aufgeführten Personen eine Bescheinigung der Ortspolizeibehörde (bei Reisen in die Kinder-Heilstätten auch des die Kinder aussendenden Vereins) über die Mittellosigkeit sowie eine Aufnahmebescheinigung der Anstalt; handelt es sich um die Aufnahme in ein Krankenhaus, so kann in dringenden Fällen an Stelle der letzteren auch eine Bescheinigung des behandelnden Arztes treten. Die Bescheinigungen der Kuranstalten (Ziffer 1a) haben sich auch darauf zu erstrecken, dass der Gebrauch der Bäder oder der anderen Kureinrichtungen unentgeltlich oder zu ermäßigtem Preise bewilligt wurde. Ausserdem hat in den zu 1a) bezeichneten Fällen die Bescheinigung der Ortspolizeibehörde die Bestätigung zu enthalten, dass die Fürsorge anderer Verpflichteter, insbesondere nach Massgabe der Reichsgesetze über die Kranken- und Unfall-Versicherung, nicht eintritt.

b) von den unter 1c), d) und e) aufgeführten Personen eine Empfehlung des Vorstandes der Anstalt. Die gleichen Ausweise dienen für die Begleiter.

6. Die Ausweise werden von dem Schalterbeamten abgestempelt und den betreffenden Personen zurückgegeben, welche sie dem Fahrpersonal auf Verlangen vorzuzeigen haben.

7. Freigepäck wird nur insoweit gewährt, als solches von den Verwaltungen in ihrem Binnenverkehr allgemein zugestanden ist.

Fahrpreiseremässigung für erholungsbedürftige Krankenkassenmitglieder.

Eine weitere Fahrpreiseremässigung hat die preussische Eisenbahnverwaltung denjenigen Krankenkassenmitgliedern gewährt, welche Erholungstätten besuchen wollen. Diese Erholungsbedürftigen erhalten gegen Vorzeigung ihrer von den Erholungsstätten ausgegebenen Erkennungskarten Arbeiterfahrkarten, die mit einem besonderen Stempel versehen werden.

Ueber die Fahrpreiseremässigung für das Pflegepersonal siehe S. 946.

## **Landesgesetzliche Bestimmungen über den Transport und das Reisen von Kranken.**

Das preussische Regulativ vom 8. August 1835 bestimmt in § 15:

„An Personen, welche an ansteckenden Krankheiten leiden, dürfen keine Reisepässe ilt werden. Kommen dergleichen Personen an einem Orte an, so sind die Ortsobrig- und Polizeibehörden verpflichtet, sie nicht weiter reisen zu lassen, sondern halten und so lange unter Aufsicht zu stellen, bis der mit der medicinalpolizein Aufsicht beauftragte Sachverständige sie selbst und ihre Sachen für nicht ansteckend erklärt hat. Sind diese Personen nicht im Stande, sich selbst die ge ärztliche Hülfe zu verschaffen, so hat die Polizeibehörde dafür Sorge zu n, dass ihnen dieselbe durch eine dazu verpflichtete Medicinalperson zu Theil e, in welcher Hinsicht die Bestimmungen der Cabinetsordre vom 14. April 1832, l'umfang der amtlichen Verpflichtungen der Kreisphysiker betreffend, zu beachten

Militär- und andere auf dem Marsch begriffene Personen, welche an anstecken-krankheiten leiden, sind, sobald eine andere Möglichkeit ihrer Unterbringung anden ist, nicht bei den Einwohnern unterzubringen. Ebensowenig dürfen ge-e Militär- oder andere Persouen in Häusern einquartirt werden oder bleiben, in n ansteckende Kranke sich befinden. Ersatzmannschaften, welche einem Truppen-zugesendet werden, sind vor ihrer Absendung und Einstellung in Bezug auf an-ende Krankheiten zu untersuchen, und Individuen, bei welchen sich dergleichen nden, ausser Gemeinschaft mit den anderen zu setzen. Sollten sie auf dem ehe Gegenden passirt haben, wo gefährliche ansteckende Krankheiten, wie era, Typhus, Ruhr grassiren, so sind dergleichen Mannschaften jedenfalls, t ihren Effecten, einer gründlichen Reinigung zu unterwerfen. Mit anstecken-krankheiten behaftete Ausländer, welche bei ihrem Eintritt ins Land noch über fünf Meilen von der Grenze entfernt sind, sollen, wenn es ohne Nachtheil hre Gesundheit geschehen kann, unter Beobachtung der gehörigen Vorsichts-regeln über die Grenze zurückgebracht werden, es sei denn, dass an dem Orte t die zu ihrer Aufnahme erforderlichen Anstalten vorhanden sind“.

Der preussische Ministerial-Erlass, betreffend Maassnahmen en die Weiterverbreitung der Cholera, vom 8. August 1893, bestimmt fter 9 der allgemeinen Maassnahmen seitens der Behörden:

„9. Für den Transport der Kranken (Cholera-kranken) sind dem öffentlichen hr dienende Fuhrwerke (Droschken und dergl.) nicht zu benutzen. Hat eine e Benutzung trotzdem stattgefunden, so ist das Gefährt zu desinficiren“.

In den grössten Städten Deutschlands sind Polizeiverordnungen erlassen, welche benutzung öffentlicher Fuhrwerke durch ansteckende Kranke verbieten, und chtungen getroffen, welche den Transport von solchen Kranken in besonderen kenwagen ermöglichen. So bestimmt zum Beispiel die Hamburgische Ver-ung, betreffend die Beförderung von Personen, welche mit einer eckenden Krankheit behaftet sind, vom 7. Mai 1891, folgendes:

„§ 1. Zur Beförderung von Personen, welche an den in § 2 bezeichneten an-enden Krankheiten leiden, werden an den, von der Polizeibehörde öffentlich be-: zu machenden Orten Krankenwagen aufgestellt. Die Benutzung des öffentlichen werks (Droschken, Pferdebahn, Omnibus) zur Beförderung solcher Personen ist den. Für die Benutzung der Krankenwagen sind die Bespannnngs- und Be-ungskosten der Polizeibehörde zu vergüten. Die letztere ist jedoch befugt, den ändern nach diese Kosten ganz oder theilweise zu erlassen.

§ 2. Zu den ansteckenden Krankheiten im Sinne des § 1 gehören: Pest, Cholera, fieber (Typhus exanthematicus), Blattern, Scharlach und Diphtherie. Der Senat



ist jedoch befugt, in gegebener Veranlassung das im § 1 enthaltene Verbot vorübergehend auch auf andere als die vorstehend aufgeführten Infectiouskrankheiten (wie Masern, Keuchhusten, Unterleibstypus) auszudehnen. Die bei den aussergewöhnlichen Infectiouskrankheiten: Pest, Cholera, Flecktyphus (Typhus exanthematicus) im Falle einer Epidemie etwa erforderlich werdenden ausserordentlichen Massnahmen sollen durch die Vorschriften dieser Verordnung nicht beschränkt werden.

§ 3. Aerzte, welche die Beförderung von Kranken anordnen, haben hierüber eine schriftliche Bescheinigung zu ertheilen, die einen Vermerk darüber enthalten muss, ob es sich um einen ansteckenden Kranken handelt, für welchen die Benutzung öffentlichen Fuhrwerks ausgeschlossen ist oder nicht. Die Scheine für ansteckende Kranke sind durch ein bestimmtes Merkmal leicht kenntlich zu machen.

§ 4. Öffentliches Fuhrwerk, welches den vorstehenden Bestimmungen zuwider zur Beförderung von ansteckenden Kranken gedient hat, ist einer gründlichen Desinfection zu unterwerfen. Für den durch diese Massregel entstehenden Schaden wird aus der Staatskasse nur dann Ersatz geleistet, wenn dem Führer (Schaffner) des Fuhrwerks bei der Aufnahme des Kranken kein Verschulden trifft. Ein Verschulden gilt schon als erwiesen, wenn der betreffende Wagenführer (Schaffner) obwohl ihm bekannt war, dass es sich um eine Krankenbeförderung handelte, es unterlassen hat, die Vorzeigung der im § 3 gedachten ärztlichen Bescheinigung zu verlangen. Die Höhe des zu leistenden Ersatzes bestimmt die Polizeibehörde vorbehaltlich der Beschreitung des Rechtsweges durch die Geschädigten.

§ 5. Zuwiderhandlungen gegen das in den §§ 1 und 2 enthaltene Verbot, sowie gegen etwaige, auf Grund des § 2 erlassene, die Ausdehnung des Verbotes betreffende Anordnungen des Senats werden, wenn sie vorsätzlich begangen sind, mit Gefängnisstrafe bis zu 3 Monaten oder mit Geldstrafe bis zu 1000 Mark, wenn sie fahrlässig begangen sind, mit Geldstrafe bis zu 150 Mark und im Unvermögensfalle mit Haft geahndet. Die Verantwortung trifft sowohl denjenigen, welcher den Kranken auf den Transport giebt, bzw. den Kranken selbst, als auch den Führer (Schaffner) des betreffenden öffentlichen Fuhrwerks. Uebertretungen des § 3 werden mit Geldstrafe bis zu 150 Mark bestraft.

§ 6. Wer wegen Zuwiderhandlung gegen das Beförderungsverbot rechtskräftig zu einer Strafe verurtheilt ist, kann im Verwaltungswege von der Polizeibehörde zum Ersatz der gemäss § 4 aus der Staatskasse etwa zu zahlenden Entschädigung angehalten werden.“

Ueber den Transport ansteckender Kranken sind ferner bemerkenswerth die Bestimmungen des Niederländischen Gesetzes vom 4. December 1872 in der Fassung der Nachtragsgesetze vom 3. December 1874 und vom 21. Juli 1890, welches sich auf Cholera, Typhus, Pocken, Scharlach, Diphtherie, Dysenterie und Pest bezieht:

„Artikel 8. Es ist verboten, Personen, die an einer ansteckenden Krankheit leiden, zu transportiren oder transportiren zu lassen, ausgenommen in den in diesem Gesetze angewiesenen Fällen, sich, an einer solchen Krankheit leidend, nach einem anderen Platze zu begeben; Gegenstände, die in Berührung waren mit oder abstammen von Personen, die an einer ansteckenden Krankheit leiden oder daran gestorben sind, zu befördern oder befördern zu lassen, zum Geschenk oder zum Gebrauch zu geben oder geben zu lassen, zu nehmen oder nehmen zu lassen, es sei denn nach Desinfection laut Artikel 25. Es ist verboten, durch Unvorsichtigkeit oder Fahrlässigkeit vorhersehbare Gefahr von Ansteckung für andere entstehen zu lassen.

Artikel 9. Die Beförderung von Personen, die an einer ansteckenden Krankheit

nach einem Krankenhause oder nach ihrer Wohnung ist erlaubt nach den nachstehenden Platzverordnungen zu gebenden Vorschriften. In besonderen Fällen kann die Verhinderung von Personen, die an einer ansteckenden Krankheit leiden, durch den Staat erlaubt werden unter Beobachtung der durch ihn zu gebenden Vorschriften.

Die Beförderung mit Benutzung öffentlicher Beförderungsmittel ist verbotlich. Fahr- und Fahrzeuge, mit welchen die Beförderung stattgefunden hat, müssen sofort danach durch Sorge und auf Kosten des Eigenthümers desinficirt werden. Die Beförderung nach einer anderen Gemeinde stattfindet, giebt der Bürgermeister der Abzugsgemeinde unmittelbar an den Bürgermeister der Bestimmungsgemeinde Kenntniss von der erteilten Erlaubniss und von den hierfür gegebenen Bedingungen.

Artikel 10. Unbeschadet der gesetzlichen Verordnungen betreffend die Qualifikation der Schiffer von Fahrzeugen, in denen sich eine Person befindet, die an einer in Folge Art. 1 dieses Gesetzes als ansteckend bezeichneten Krankheit erkrankt ist, worin jemand in den letzten 14 Tagen an einer dieser Krankheiten gelitten hat, oder an deren Folgen gestorben ist, gehalten, vor der Einfahrt in eine Gemeinde, wo sie verweilen oder anlegen wollen, hiervon an den Bürgermeister Kenntniss zu geben. Die Schiffer sind verpflichtet mit ihrem Fahrzeug den durch diesen anzuweisenden Ort einzunehmen oder dort ohne Verbindung mit dem festen Lande zu verweilen. Desinfection stattgefunden hat.“

## Nachtrag.

### Gesetz zum Schutze des Genfer Neutralitätszeichens

(nach dem Beschluss des Reichstages vom 11. März 1902).

Das in der Genfer Convention zum Neutralitätszeichen erklärte Rothe Kreuz weissem Grunde, sowie die Worte „Roths Kreuz“ dürfen, unbeschadet der Bestimmungen für Zwecke des ausländischen Sanitätsdienstes, zu geschäftlichen Zwecken

Bezeichnung von Vereinen oder Gesellschaften oder zur Kennzeichnung der Zugehörigkeit nur auf Grund einer Erlaubniss gebraucht werden.

Erlaubniss wird von den Landescentralbehörden nach den vom Bundesrathe festgestellten Grundsätzen für das Gebiet des Reichs erteilt. Die Erlaubniss darf nicht auf andere Gesellschaften, welche sich im Deutschen Reiche der Krankenpflege widmen, für den Kriegsfall zur Unterstützung des militärischen Sanitätsdienstes übertragen sind, nicht versagt werden.

Die Bestimmungen des Bundesrathe festgestellten Grundsätze sind dem Reichstage alsbald mitzuteilen.

Wer den Vorschriften dieses Gesetzes zuwider das Rothe Kreuz gebraucht, wird mit Geldstrafe bis zu einhundertfünfzig Mark oder mit Haft bestraft.

Die Anwendung der Vorschriften dieses Gesetzes wird durch Abweichungen ausgeschlossen, mit denen das im § 1 erwähnte Zeichen wiedergegeben wird, ungeachtet dieser Abweichungen die Gefahr einer Verwechslung vorliegt.

Das Gesetz tritt am 1. Juli 1903 in Kraft.

Die Vorschriften dieses Gesetzes finden keine Anwendung auf den Vertrieb von Waaren, die mit dem Rothen Kreuze bezeichneten Waaren, Waaren oder deren Verpackung oder Umhüllung nach näherer Bestimmung des Reichskanzlers mit einem amtlichen Stempelabdrucke versehen werden.

§ 6. Bis zum 1. Juli 1906 darf das Rothe Kreuz fortgeführt werden:

1. in Waarenzeichen, die auf Grund einer vor dem 1. Juli 1901 erfolgten Anmeldung in die Zeichenrolle eingetragen worden sind;
2. in Firmen, die auf Grund einer vor dem 1. Juli 1901 erfolgten Anmeldung in das Handels- oder Genossenschaftsregister eingetragen worden sind;
3. in Namen rechtsfähiger Vereine, sofern die Vereine nach ihren Satzungen bereits vor dem 1. Juli 1901 das Rothe Kreuz in ihren Namen geführt haben.

Aenderungen, die sich in Folge dieses Gesetzes an den unter No. 2, 3 bezeichneten Firmen und Vereinsnamen erforderlich machen, werden gebührenfrei in das Handelsregister und das Vereinsregister eingetragen, sofern sie vor dem 1. Juli 1906 zur Eintragung angemeldet werden.

§ 7. Waarenzeichen, welche das Rothe Kreuz enthalten, sind von der Verkündung des Gesetzes ab von der Eintragung in die Zeichenrolle ausgeschlossen, sofern nicht die Anmeldung vor dem 1. Juli 1901 erfolgt ist.“

---

### Berichtigung.

An Stelle der Worte: § 4 des preussischen Gesetzes etc. — bis — nicht geändert ist, auf den Zeilen 34—36 von oben auf Seite 983 ist zu lesen: § 8 No. 2 des preussischen Gerichtskostengesetzes vom 25. Juni 1895 (G.-S., S. 203).

---

**HANDBUCH**  
**DER**  
**KRANKENVERSORGUNG**  
**UND**  
**KRANKENPFLEGE**

**HERAUSGEGEBEN**

**VON**

**Dr. GEORG LIEBE, Dr. PAUL JACOBSON, Dr. GEORGE MEYER.**

**ZWEITER BAND.**

**II. ABTHEILUNG.**

**1. LIEFERUNG.**

**BERLIN 1899.**

**VERLAG VON AUGUST HIRSCHWALD.**

**NW. UNTER DEN LINDEN 68.**

---

Alle Rechte, auch das der Uebersetzung in fremde Sprachen,  
sind vorbehalten.

---



## ZWEITE ABTHEILUNG.

---

### Specielle Krankenversorgung.

---

#### I. Für Arbeiter.

##### 1. In Krankheitsfällen.

Von

Dr. **Otto Mugdan** in Berlin.

---

Der Ursprung des gewerblichen Unterstützungswesens kann in Deutschland bis zur Zeit des Mittelalters<sup>1)</sup> verfolgt werden. Die Zünfte und Gesellenverbindungen entrichteten an die, zumeist von geistlichen Orden unterhaltenen Krankenhäuser Beiträge, wofür ihre erkrankten Mitglieder in diesen Pflege und Aufnahme fanden; vielfach wurden auch die erkrankten Mitglieder mit Geld oder Naturalien unterstützt, im Falle ihres Todes ihr Begräbniss ausgestattet und ihren Hinterbliebenen ein Sterbegeld ausbezahlt. An Stelle dieser vollständig freiwilligen Unterstützung setzte in Preussen das Allgemeine Landrecht ein System der erzwungenen Selbsthilfe, indem es bestimmte, dass Cur und Verpflegung eines auf der Wanderschaft oder während der Arbeit erkrankten Gesellen durch die Zwangsbeiträge der am Orte beschäftigten Gesellen (Gesellenladen) zu bestreiten seien, und dass erst Nichtausreichen dieser Gelder die Innung des betreffenden Gewerbes auftreten habe: könne auch von dieser das zur Cur und Verpflegung bedingte nicht aufgebracht werden, so habe die Ortsarmenkasse (Armenkassa) die Verpflichtung, die Mittel herzugeben; ein krankender, unvernünftiger Geselle durfte hiernach weder hilflos gelassen, noch vor erfolgter Wiederherstellung aus der Gemeinde fortgeführt werden. Lehrlinge dagegen waren in Krankheit nur auf ihre öffentliche oder private Wohlthätigkeit angewiesen, wenn nicht der Meister im Vertrage ausdrücklich sich verpflichtet hatte, für den Lehrling in seiner Erkrankung zu sorgen. An diesen durch Gesetz fest-

Die geschichtliche Darstellung folgt zumeist Honigmann's Aufsätze im Archiv für Staatswissenschaften.

Hierdurch und noch mehr durch die Zunahme der Arbeit und den dadurch gesteigerten Zuzug der Arbeiter steigerte sich die Armenlast der letzteren ungemein, neuere Gesetzgebung die Gemeinden zur Verpflegung in Handwerksgehilfen und Arbeiter unbedingt und ohne Ansehen der Armenverbände verpflichtet waren. Daher ermächtigte die Gewerbe-Ordnung vom 17. Januar 1845 die Gemeinden, für die in ihr wohnenden Handwerker und Gesellen die Bestreitung dieser Verpflichtung festzusetzen und eine Ordnung zu erlassen. Am 9. Febr. 1849 gab ihnen die weitere Befugnis auch die Gewerbetreibenden des Ortes zur Vereinigung behufs Unterstützung bedürftiger Gesellen desselben oder eines verwandten Ortes zur Entrichtung von Zuschüssen bis zur Hälfte der Gehalts der Gesellen zur Vorschussung der letzteren, vorbehaltlich ihrer nächsten Lohnzahlung, zu zwingen und diesen Zwang auf Fabrikbesitzer und Fabrikarbeiter auszudehnen. Daneben wurde der Fortbestand der alten, als auch die Errichtung neuer Innungsbeitrittszwang — zugelassen und denselben die Leitung der Kranken-Sterbe-Sparkassen der Innungsgehilfen, so wie für die Wittwen und Waisen derselben übertragen. Endlich wurde durch das Gesetz vom 3. April 1854 den ortsstatutarischen Zwangsvereinen neuer Kassen für zulässig und berechtigte auch die Einführung, den Kassenzwang da einzuführen, wo die Gemeinden es hatten. Alle diese Kassen sollten die Rechte juristischer Personen haben und unter Aufsicht der Communalbehörden stehen und der Zwang durfte auch auf Lehrlinge erstreckt werden.

Indess stiessen diese Gesetze auf sehr grossen Widerstand, auch war bei vielen Communalbehörden

Die Leistungen dieser Kassen, wie ihre Verwaltungskosten waren verschieden, wie sie auch von den verschiedensten Körperschaften erhalten wurden, von Staatsbehörden, Communen, Innungen, eigens diesem Zwecke vereinten Personen, von einzelnen oder mehreren Privaten.

In den übrigen deutschen Staaten war die Gesetzgebung auf dem interessirenden Gebiete in diesem Jahrhundert von der Preussens sehr verschieden. In den norddeutschen Staaten waren die Reste der alten zünftigen Gesellenkassen bewahrt, und ein Kassenzwang in grösserem oder kleinerem Umfange beibehalten worden; in Süddeutschland dagegen hatten die Gemeinden die Verpflichtung, in ihnen erkrankte Arbeiter und Arbeiterinnen zu pflegen, besaßen aber dafür das Recht, von den beteiligten Arbeitenden Beiträge, eine Art Krankensteuer, zu erheben.

Zu den hier kurz skizzirten Einrichtungen trat von der Mitte unseres Jahrhunderts ab eine neue Organisation zur Pflege genossenschaftlicher Hilfe gegen Krankheit und Invalidität: die aus freier Vereinigung von Arbeitern hervorgegangenen und ausschliesslich von ihnen selbst vertretenen freien Hilfskassen. Die Bildung und Ausbreitung derselben nahm ausserordentlich zu, nachdem auch in Deutschland Gewerksvereine, englischen Trades-Unions nachgebildet, entstanden: diese Vereine bezweckten ohne Rücksicht auf ihre politische Richtung ausser der Regelung und Verbesserung der Arbeitsbedingungen auch die Gründung berufsgenossenschaftlicher Unterstützungskassen mit vollständiger Selbstverwaltung. Bei dieser Vielgestaltigkeit des Kassensystems ergab sich nach Gründung des Norddeutschen Bundes und schon mehr nach der Einigung Deutschlands die zwingende Nothwendigkeit, im Zusammenhange mit der Gesetzgebung über Freizügigkeit, den Unterstützungswohnsitz und Gewerbefreiheit, reichsgesetzliche Vorschriften zur einheitlichen Regelung des Kassenwesens zu erlassen. Die Bundesregierung wollte das preussische System, also im Wesentlichen die Errichtung localer Zwangskassen, auf das gesammte Bundesgebiet übertragen. Der Reichstag dagegen war in seiner Mehrheit für volle Kassenfreiheit, für eine Begünstigung der Bildung und Ausbreitung der freien Hilfskassen. Zwischen diesen beiden Meinungen kam bei der ersten Verabschiedung der deutschen (norddeutschen) Gewerbeordnung eine Vereinbarung dahin zu Stande, dass zwar der ortstatutarische bezw. behördliche Zwang zur Bildung neuer nothwendig erscheinender Kassen aufrecht erhalten blieb, dass aber alle Arbeiter von dem Beitritt zu solchen Zwangskassen befreit wurden, die nachweislich in der freien Hilfskasse angehörten. Indess trat bald eine Verschiedenheit in der Auffassung der Verwaltungsbehörden und der Gerichte zu Tage, ob nämlich die gewährleistete Befreiung durch Mitgliedschaft bei jeder beliebigen, oder nur durch eine solche bei einer staatlich genehmigten einzutreten habe, und dieser Umstand führte zur Abänderung des Titels der Gewerbeordnung, in der die Hilfskassen behandelt werden und zur Schaffung eines besonderen Gesetzes „über die



eingeschriebenen Hilfskassen“ (7. April 1876). Dieses Gesetz stellte für das gesammte Reichsgebiet geltende Normativbestimmungen fest, durch deren Annahme jede freiwillig oder zwangsweise errichtete Kasse die Rechte einer „eingeschriebenen Hilfskasse“ erlangen sollte; diese Bestimmungen erstreckten sich auf die Aufsicht, die Organisation (Vorstand und Generalversammlung), Höhe der Beiträge, Art und Maass der Unterstützungen, das Verhältniss der Kasse zu anderen berufsgenossenschaftlichen Verbänden, wie Gewerksvereinen und Innungen; das Gesetz beschränkte den Zweck einer solchen Kasse ausschliesslich auf die Krankenfürsorge und verbot ausdrücklich die Verwendung des Kassenvermögens für andere Zwecke. Das Recht der Communalverwaltung, Personen, die keiner freien Hilfskasse angehörten, einer Zwangskasse zu überweisen, blieb bestehen, dagegen fiel die Befugniss der Regierungen, ihrerseits die Begründung von Krankenkassen für Handwerksgesellen und Fabrikarbeiter vorzunehmen, wenn dem ihrer Ansicht nach bestehenden Bedürfnisse durch Ortsstatute nicht entsprochen wurde.

Ob diese Gesetzgebung im Laufe der Jahre im Stande gewesen wäre, eine allgemeine Versicherung der deutschen Arbeiter gegen die Folgen von Krankheit herbeizuführen, lässt sich nicht entscheiden: unbestritten ist, dass die hierauf gesetzten Hoffnungen nicht erfüllt worden sind; aber die Dauer ihrer Geltung war zu kurz, als dass man die geringfügigkeit ihrer Wirkung allein auf Rechnung ihrer Mängel setzen könnte.

Die verbündeten deutschen Regierungen legten nun in weiterer Folge unter dem 8. März 1881 dem Reichstage einen Gesetzentwurf betr. die Unfallversicherung der Arbeiter vor, der die obligatorische Versicherung der Arbeiter gegen die Betriebsunfälle und die Beseitigung des sogenannten Haftpflichtprincipes, und zwar die Versicherung bei einer öffentlichen Anstalt unter Ausschluss der Privatversicherung, soweit es sich um die Erfüllung der Versicherungspflicht handelt, bezweckte. Dieser Entwurf wurde nicht Gesetz, da der Bundesrath den von dem Reichstage beschlossenen Veränderungen seine Zustimmung versagte. Unter dem 8. Mai 1882 wurde dem Reichstage ein zweiter „Entwurf eines Gesetzes betr. die Unfallversicherung der Arbeiter“, vorgelegt, der in wesentlichen Punkten von dem ersten abwich und, als wichtigstes für die Entwicklung des deutschen Krankenkassenwesens, die Carenzzeit von 4 auf 13 Wochen erweiterte: soweit Betriebsunfälle in ihren Folgen (Heilbedürfniss, Arbeitsunfähigkeit) die ersten dreizehn Wochen, nach dem Unfall nicht überschritten, sollten sie als Krankheitsfälle behandelt werden. Schon aus diesem Grunde allein wurde eine Neuregelung des Krankenkassenwesens unbedingt nothwendig, da sonst nicht alle gegen Unfall versicherte Arbeiter auch ausreichende Fürsorge gegen die Folgen von Betriebsunfällen während der ersten 13 Wochen besessen hätten. Deshalb legte der Bundesrath unter dem 29. April 1882 dem Reichstage den Entwurf eines „Gesetzes betr. die Krankenversicherung der Arbeiter“ vor, der

eingehendster Berathung vom Reichstag am 31. Mai 1883 angenommen und am 15. Juni 1883 als Gesetz publicirt wurde, während jens der gleichzeitig eingebrachte Entwurf über die Unfallversicherung Arbeiter wiederum nicht Gesetz wurde. Durch dieses Gesetz wurden alle Arbeiter in der Industrie, Handel und Handwerk gezwungen, gegen die Folgen einer Krankheit zu versichern, während eine grosse Zahl anderer Kategorien, deren Einkommen dem von Arbeitern unehr entspricht, die Berechtigung erhielten, einer Krankenkasse freiwillig beizutreten. Das Gesetz erfuhr durch eine im Jahre 1891/92 bene Novelle eine durchgreifende Aenderung, durch die der Kreis der Personen, auf welche die Krankenfürsorge sich erstreckt oder erstrecken n, erheblich — über den Kreis der Arbeiter — erweitert wurde. Des „Gesetz über die Abänderung des Gesetzes betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter vom 15. Juni 1883“ wurde am April 1892 publicirt, trat am 1. Januar 1893 in Kraft und führte den Namen „Krankenversicherungsgesetz“. Hiernach unterliegen

Versicherungszwange die gewerblichen Arbeiter und die ihnen in hschafflicher Beziehung ungefähr gleichstehenden Betriebsbeamten, er die im Handelsgewerbe, im Geschäftsbetriebe der Anwälte, Not-, Gerichtsvollzieher, Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Versicherungsanstalten angestellten Personen, soweit ihre Beschäftigung eine tiv dauernde ist und gegen Lohn oder Gehalt, Tantiemen oder Naßbezüge stattfindet: ausserdem gestattet das Gesetz einen statutarin Versicherungszwang für solche Berufsgruppen, für welche ein iger der Versicherung, wie z. B. bei den Hausgewerbetreibenden und landwirthschaftlichen Arbeitern, nur unter besonderen örtlichen Vermissen als nothwendig und durchführbar anerkannt werden kann.

Versicherungszwang besteht somit nicht für den „Arbeiterstand“ als hen, sondern nur für solche Personen, welche thatsächlich in Arbeit en: Grundlage und Voraussetzung des Versicherungszwanges ist die elbständige Beschäftigung, mit alleiniger Ausnahme des eine Uebergsstufe bildenden Gewerbes der Hausgewerbetreibenden. Nicht vererungspflichtige etc. Arbeiter, sowie überhaupt alle nichtversicherungshtige Personen, deren Jahreseinkommen 2000 Mark nicht übersteigt, en aber das Recht, an der Krankenversicherung freiwillig sich zu theiligen.

Eine Folge des Versicherungszwanges ist es, dass überall Organisationen (Krankenkassen) vorhanden sein müssen, in denen der Vererungspflicht genügt werden kann. Am zweckmässigsten erschienen rzu corporative auf Selbstverwaltung beruhende Verbände der Berufsossen, weil dieselbe (nach den Motiven zum K.-V.-G.)

1. bei der relativen Gleichheit der Krankheitsgefahr die ratio-  
ste ist,

2. durch die bei ihr am leichtesten durchzuführende Selbstverwal-  
g einen wohlthätigen moralischen Einfluss ausübt,

Alle diese Einrichtungen, sowie auch die eingetragenen, auf landesrechtlichen Bestimmungen beruhenden, wurden bei der Durchführung der Organisation der Krankenkassen mehr oder weniger verwandt.

Die Knappschaftskassen und Innungskrankenkassen auf ihre Mindestleistungen dem Gesetze angepasst, so gliedern gestattet werden konnte, durch die Zugehörigkeit zur Versicherungspflicht zu genügen. Die Verallgemeinerung der Versicherungspflicht auf Grund des R.-G. vom 8. April 1876 zur Gründung örtlicher Hilfskassen führte zur Errichtung von Krankenkassen; aus den von einem Unternehmer errichteten Fabrik- (Betriebs-) Kassen gebildet, denen die Bauherren beitreten, welche die Bauherren vorübergehender Beschäftigten zu errichten haben. Da nun auch in so kleinen Gemeinden wohnen, in denen in einem oder in allen Gewerben beschäftigten Personen eine lebensfähige Krankenkasse nicht ausreicht, aus in grösseren Gemeinden Klassen von Versicherungspflichtigen sind, welche Ortskrankenkassen nicht zugewiesen werden können, so wurde zur Ergänzung der Gemeinde-Krankenkassen eine berufs- und gewerkschaftliche Krankenkasse gebildet, die keine Krankenkasse darstellt, sondern eine Versicherungspflichtigen anderweitig gesorgt ist; dieselbe durch eine Mitwirkung der Beteiligten oder der Organisation gegen Erhebung eines gesetzlich bemessenen Beitrags.

**meinde** - Krankenversicherung anzugehören, wenn die freie Hilfskasse **mindestens** dasselbe gewährleistet, was der Versicherte von der **Gemeinde-Krankenversicherung** seines Beschäftigungsortes im **Krankheitsfalle** zu beanspruchen haben würde. Ist dies nicht der Fall, so kann die Hilfskasse nur als Zuschusskasse wirken, d. h. ihre Mitglieder müssen **zwar** der für ihren Bezirk geltenden Zwangsorganisation angehören, **erhalten** aber dafür im Krankheitsfalle aus beiden Kassen Unterstützung, **die** aber nicht höher sein darf als der Betrag des vollen Lohns.

Bei den Zwangskassen tritt die Mitgliedschaft ohne jede Erklärung **auf** Grund der Beschäftigung in dem Gewerbszweige oder in der **Betriebsart** ein; in örtlicher Hinsicht entscheidet der Beschäftigungsort. Bei **dem** Uebertritt von einer Zwangskasse zur andern ist, soweit die **gesetzlichen** Mindestleistungen in Frage kommen, weder eine Wartezeit nach **Zahlung** eines Eintrittsgeldes zulässig.

Innungs- und Knappschaftskassen sind nur für gewisse Berufsarten **verwendbar**, die Baukrankenkassen haben nur für eine gewisse Zeit (**die** Bauzeit) eine Wirksamkeit, somit ist die Durchführung des **Gesetzes** — da ja die Hilfskassen auf Freiwilligkeit beruhen — ganz **überwiegend** auf die Orts- und Betriebskrankenkassen angewiesen, wie es auch von der Gesetzgebung beabsichtigt worden ist: sie umfassen die **grosse** Mehrheit aller Kassen und Versicherten.

Die Beiträge zu diesen Kassen werden — abgesehen von den Knappschaftskassen<sup>1)</sup> und freien Hilfskassen — gemeinsam von den **Arbeitgebern**<sup>2)</sup> und Arbeitnehmern aufgebracht, dergestalt, dass erstere ein Drittel, letztere zwei Drittel zahlen. Das Gesetz beschränkt die Höhe der Beiträge, und zwar zu der Gemeindeversicherung, deren Leistungen, wie **später** ausgeführt werden wird, geringer sind, als die der anderen Kassen, auf 1½ - 2 pCt. des ortsüblichen Tagelohnes gewöhnlicher Tagesarbeiter, für die Mitglieder der Orts-, Betriebs-, Bau- und Innungskrankenkassen auf 3 bis höchstens 4½ pCt. des Durchschnittslohnes derjenigen Klasse **von** Arbeitern, für welche die Kasse errichtet ist. Wie hoch der **ortsübliche** Tageslohn für Tagesarbeiter und der für gelernte Arbeiter zu **berechnen** ist, wird von der höheren Verwaltungsbehörde (Regierungspräsident in Preussen, für Berlin Oberpräsident) nach Anhörung der Gemeindebehörde **festgesetzt**: dabei ist als Durchschnittslohn derjenige Lohn anzusehen, **welcher** im Jahresdurchschnitt an Durchschnittsarbeiter der betreffenden **Arbeiterklasse** (entweder gewöhnliche Tagearbeiter oder besondere Klassen **von** Arbeitern) täglich gezahlt wird, ohne Rücksicht darauf, ob der **betreffende** beitragende Arbeiter diesen Betrag als Durchschnittslohn **erreicht**. Dabei findet die Festsetzung für männliche und weibliche **Personen**, sowie für Personen unter und über 16 Jahren getrennt statt:

<sup>1)</sup> Vgl. dieses Handbuch, II. Bd. 2. Abth. 1. Anhang.

<sup>2)</sup> Bei ganz kleinen Betrieben kann die Heranziehung der Arbeitgeber ganz **ausgeschlossen** werden. Die Beitragspflicht der Arbeitgeber wurde mit Rücksicht **auf** die Leistungen der Krankenkassen für die Unfallfürsorge festgesetzt.

es kann ausserdem die Festsetzung getrennt vorgenommen werden für junge Leute zwischen 14 und 16 Jahren und für Kinder unter 14 Jahren.

Die gesammten Beiträge der Arbeiter sind regelmässig von den Arbeitgebern zu bestimmten Terminen einzuzahlen; den auf den Arbeiter fallenden Theil können sie bei der nächsten Lohnzahlung in Abzug bringen. Nur wenn der Arbeitgeber mit seinen Zahlungen im Rückstande geblieben ist und seine Zahlungsunfähigkeit festgestellt wird, kann der Arbeiter verpflichtet werden, die auf ihn fallenden zwei Drittel des Beitrages selbst einzuzahlen. Die regelmässige Verpflichtung des Arbeitgebers, die Beiträge im Ganzen zu zahlen, ist entschieden zur Durchführung des Versicherungszwanges nothwendig, da das Eintreiben von dem einzelnen Arbeiter bei dem fortwährenden Orts- und Berufswechsel derselben fast unmöglich wäre. Aus diesem Grunde musste auch dem Arbeitgeber die Verpflichtung auferlegt werden, seine Arbeiter bei der für sie eingerichteten Kasse oder Gemeindekrankenversicherung anzumelden und wieder abzumelden, wenn sie aus dem Dienstverhältniss zu ihm ausscheiden. Jeder Arbeitgeber hat demnach bei der Annahme eines Arbeiters zu prüfen, ob sein Arbeiter nicht einer freien Hilfskasse angehört, deren Mitgliedschaft ihn von der Versicherung in anderen Kassen entbindet<sup>1)</sup>. Bei den eingeschriebenen Hilfskassen fehlt natürlich der Beitrag des Arbeitgebers: hier können die Beiträge nach Beruf, Lebensalter, Geschlecht, Beschäftigung und, da ja auch die Aufnahme verweigert werden kann, nach dem Gesundheitszustande abgestuft werden: über die Maximalhöhe der Beiträge ist hier nichts bestimmt. Diesen letzteren grossen Nachtheile steht der Vortheil gegenüber, dass Veränderungen des Wohnortes und der Beschäftigungsart keinen Kassenwechsel nach sich ziehen. Die Verwaltung der Hilfskasse ist verpflichtet, das Ausscheiden von Mitgliedern oder ihren Uebertritt in eine niedrigere Mitgliedskasse der Aufsichtsbehörde mitzuthemen, damit dieselbe prüfen kann, ob nun die Einreihung in die Zwangsversicherung zu erfolgen hat.

Die Verwaltung der Gemeindekrankenversicherung liegt in der Händen der Gemeindebehörde: die Gemeinde trägt auch allein die Kosten der Verwaltung. Bei Orts-, Betriebs- und Baukrankenstellen besteht eine Selbstverwaltung im vollen Umfange. Die Organe der Kasse sind die Generalversammlung und der Vorstand. Die Generalversammlung bilden entweder sämmtliche grossjährige, unbescholtene Kassenmitglieder oder deren Vertreter: der Vorstand wird von der Generalversammlung gewählt. Die Arbeitgeber haben nach Massgabe ihrer Beiträge Anspruch auf Vertretung im Vorstände und der Generalversammlung, es darf ihnen also nicht mehr als ein Drittel der Stimmen eingeräumt werden. Bei den Betriebs- und Baukrankenstellen kann satzungsgemäss dem Betriebsunternehmer oder einem von ihm dazu Bestellten der Vorsitz im Vorstände und Generalversammlung übertragen werden. Die Verwaltungskosten werden bei den Ortskrankenstellen ganz von der Kasse, bei den Betriebs-

<sup>1)</sup> Vgl. S. 7.

Baukrankenkassen theilweise von dem Betriebsunternehmer und der getragen. Der erstere hat nämlich selbst die Kosten der Rechnung- und Kassenführung zu bestreiten (also z. B. für die Besoldung des Kassenschatlers, die Unterhaltung des Kassenlokals, Formulare etc., dagegen nicht die Kosten für Prozesse, Reisekosten der Vorstandsmitglieder). Bei den Innungskrankenkassen bestehen dem Wortlaut des Gesetzes nach die Verhältnisse fast dieselben Verhältnisse, wie bei den Ortskrankenkassen, nur können statutarisch dem Innungsvorstande solche Rechte eingeräumt werden, dass die Selbstverwaltung der Kasse dabei nur pro forma besteht; bei den freien Hilfskassen liegt natürlich die Verwaltung des Aufbringens der Mittel für dieselbe nur den Mitgliedern ob. Ortskrankenkassen, mit Ausnahme der Innungskrankenkassen, haben die Rechte einer selbständigen rechtlichen Person.

Die Statuten werden bei der Gemeindekrankenversicherung selbstständig von der Gemeindebehörde, bei den Ortskrankenkassen auch von der Gemeinde, aber nach Anhörung der beteiligten Arbeitgeber und Arbeiter, errichtet; bei den Betriebskrankenkassen, sowie den Baukrankenkassen hat der Betriebsunternehmer entweder in Person oder durch einen Bevollmächtigten nach Anhörung der beschäftigten Personen oder der von ihnen gewählten Vertreter das Statut zu errichten; bei den Innungskrankenkassen errichtet die Innung selbst das Statut, ebenso wie bei den freien Hilfskassen diejenigen es thun, die sich zu der Kasse verbinden wollen. Die Kassenstatuten bedürfen der Genehmigung der Verwaltungsbehörde<sup>1)</sup>, gegen deren ablehnenden Bescheid das Verwaltungsstreitverfahren, bei den Innungskrankenkassen der Recurs an die Centralbehörde zulässig ist<sup>2)</sup>. Die Statuten der Ortskrankenkassen enthalten Bestimmungen treffen:

1. über die Klassen der dem Versicherungszwange unterliegenden Personen, welche der Kasse als Mitglieder angehören sollen;
2. über Art und Umfang der Unterstützungen;
3. über die Höhe der Beiträge;
4. über die Bildung des Vorstandes und den Umfang seiner Befugnisse;
5. über die Zusammensetzung und Berufung der Generalversammlung und die Art ihrer Beschlussfassung;
6. über die Abänderung des Statuts;
7. über die Aufstellung und Prüfung der Jahresrechnung.

Das Statut darf keine Bestimmung enthalten, welche mit dem Zweck der Kasse nicht in Verbindung steht oder gesetzlichen Vorschriften zuwiderläuft.

<sup>1)</sup> Vgl. S. 8.

<sup>2)</sup> Freien Hilfskassen steht reichsgesetzlich gegen den ablehnenden Bescheid der Verwaltungsbehörde auch nur der Recurs zu, doch ist ihnen landeslich z. B. in Preussen das Verwaltungsstreitverfahren dagegen eröffnet.

Gleiche oder ähnliche Vorschriften bestehen für die Statuten der anderen Kassen.

Die Aufsicht über die Kassen führen die Gemeindebehörde oder Kreisbehörden unter Oberaufsicht der höheren Verwaltungsbehörde.

Was nun das Wichtigste anbetrifft, die Unterstützung, die die Krankenkassen den Versicherten zu leisten haben, so setzt hierfür das Gesetz ein Minimalmaass fest. Die Gemeindekrankenversicherung muss gewähren (§ 6 K.-V.-G.):

1. vom Beginne der Krankheit ab freie ärztliche Behandlung, Arznei, sowie Brillen, Bruchbänder und ähnliche Heilmittel;

2. im Falle der Erwerbsunfähigkeit vom dritten Tage nach dem Tage der Erkrankung ab für jeden Arbeitstag ein Krankengeld in Höhe der Hälfte des ortsüblichen Tageslohnes gewöhnlicher Tagesarbeiter.

Die Krankenunterstützung endet spätestens mit dem Ablauf der dreizehnten Woche nach Beginn der Krankheit, im Falle der Erwerbsunfähigkeit spätestens mit dem Ablauf der dreizehnten Woche nach Beginn des Krankengeldbezuges. Endet der Bezug des Krankengeldes erst nach Ablauf der dreizehnten Woche nach dem Beginn der Krankheit, so endet mit dem Bezuge des Krankengeldes zugleich auch der Anspruch auf die unter Ziffer 1 bezeichneten Leistungen.

Das Krankengeld ist wöchentlich zu zahlen. An Stelle der unter Ziffer 1 und 2 bezeichneten Leistungen kann unter gewissen Voraussetzungen freie Kur und Verpflegung in einem Krankenhause nebst der Hälfte des vorbezeichneten Krankengeldes für Angehörige gewährt werden.

Bei den anderen (organisirten) Kassen ist die Mindestleistung höher bemessen. Hier tritt an Stelle des täglichen Krankengeldes in Höhe der Hälfte des ortsüblichen Tagelohnes gewöhnlicher Tagearbeiter eine Geldunterstützung, die mit der Maassgabe zu bemessen ist, dass der durchschnittliche Tagelohn derjenigen Klassen der Versicherten, für welche die Kasse errichtet ist, soweit er drei Mark für den Arbeitstag nicht überschreitet, an die Stelle des ortsüblichen Tagelohns gewöhnlicher Tagearbeiter tritt. Ausserdem müssen diese Kassen

- a) ein Sterbegeld im zwanzigfachen Betrage des durchschnittlichen Tagelohnes und
- b) für Wöchnerinnen, welche innerhalb des letzten Jahres, vom Tage der Entbindung ab gerechnet, mindestens sechs Monate einer gesetzlichen Kasse (Gemeinde-Krankenversicherung) angehört haben, auf die Dauer von mindestens vier Wochen nach ihrer Niederkunft, und soweit ihre Beschäftigung durch die Reichs-Gewerbe-Ordnung für eine längere Zeit untersagt ist, für diese Zeit, eine Unterstützung in Höhe des Krankengeldes gewähren.

Alle die genannten Kassen können ihre Leistungen in einem im Gesetze bestimmten Umfange erweitern, z. B. Gewährung des Krankengeldes auch an Sonntagen und Feiertagen, Ausdehnung der Unter-

ung bis auf ein Jahr, Absehen von jeder Carenzzeit bei Gewährung Krankengeldes, Erhöhung des letzteren, sowie Verlängerung der inneren Unterstützung, Einbeziehung der Familienmitglieder in die liche Behandlung nebst Gewährens von Arznei und Heilmitteln an elben, schliesslich Erhöhung des Sterbegeldes.

Betrachten wir diese Bestimmungen genauer, so fällt auf, dass in n jede Erklärung, was Krankheit und Erwerbsunfähigkeit sei, fehlt. end medicinisch jede Abweichung vom normalen Lebensprocesse Krankheit angesehen wird, wird im Sinne des Krankenversicherungsztes als Krankheit ein bestimmter anomaler Körperzustand eines schen nur dann betrachtet werden, wenn die Nothwendigkeit der undlung oder eine Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit wahr- nbar zu Tage tritt. Im Sinne des Gesetzes werden daher solche Arbeitskraft des Menschen beeinträchtigenden Zustände nicht als kheit aufgefasst werden, die durch natürliche Vorgänge herbei- hrt werden, wie z. B. Schwangerschaft, senile Entartung der Organe; he Zustände können aber auch ärztliche Behandlung nothwendig hen und sind dann den „Krankheiten“ zuzurechnen. So z. B. ist

Frau, die an Schwangerschaftserbrechen leidet, sicherlich krank und n durch dasselbe erwerbsunfähig werden, und dasselbe gilt von einem ise, bei dem die natürlichen Veränderungen der Blutgefässe zu emnoth, Herzklopfen und Beängstigungen führen: der Beginn der nkheit wird im Sinne des Gesetzes nicht immer mit ihrem wirklichen ange zusammenfallen, sondern mit der Feststellung des Leidens ch den Arzt. Erwerbsunfähig im Sinne des K.-V.-G.<sup>1)</sup> ist ein Mensch, nach dem Urtheil des Arztes zur Fortsetzung derjenigen Beschäf- ng, die ihn versicherungspflichtig machte, unfähig ist. Diese von Gerichten und Verwaltungsbehörden angenommene Begriffsbestimmung n sehr häufig den Arzt in Verlegenheit setzen. Nach dem Gesetz ist ersonen, die der Kasse angehört haben und aus ihrer versicherung- htigen Beschäftigung treten, gestattet, der Kasse noch freiwillig an- hören<sup>2)</sup>. Die Beschäftigung dieser Personen ist oft von derjenigen, sie versicherungspflichtig machte, weit verschieden; so findet man r freiwilligen Mitgliedern grosser städtischer Ortskrankenkassen, wie der Maschinenbauer oder Maurer, Restaurateure, Gemüsekrämer etc. euchtet ein, dass z. B. ein Rheumatismus jemanden unfähig macht, Maurer thätig zu sein, aber ihn nicht verhindert, dem Schankgewerbe zugehen. Dergleichen Beispiele lassen sich noch mehr anführen. em Erachten nach ist ein Kassenmitglied dann als erwerbsunfähig etrachten, wenn es nicht ohne Gefahr oder schwere Belästigung der äftigung nachgehen kann, die es gegenwärtig betreibt. Die Frage

1) Sowohl im Unfallversicherungsgesetz als im Alters- und Invaliditätsgesetz er Begriff Erwerbsunfähigkeit anders aufzufassen.

2) Uebrigens auch dann, wenn ihr Gesamteinkommen mehr als 2000 M. be- (vergl. S. 5).



der Erwerbsunfähigkeit hängt innig zusammen mit der Frage der Simulation und der besten Art der Beschaffung ärztlicher<sup>1)</sup> Hilfe für die Krankenkassen. Die letzteren haben fast allgemein von der ihnen durch das Gesetz (§§ 6a und 20a) gegebenen Befugniß Gebrauch gemacht, ihren Mitgliedern die freie ärztliche Behandlung in der Weise zu gewähren, dass sie einem oder mehreren Aerzten gegen ein festes Gehalt die Behandlung ihrer Mitglieder übertragen und die durch die Inanspruchnahme anderer Aerzte entstandenen Kosten, von Fällen dringender Gefahr abgesehen, ablehnten. Dadurch ist die deutsche Aerzteschaft unzweifelhaft in Abhängigkeit von den Krankenkassenvorständen gerathen. Denn da der grösste Theil derjenigen Bevölkerungsklasse, die die Kundschaft des Arztes, namentlich des Anfängers, bildet, Krankenkassen angehört, so steht dieselbe nur einer kleinen Minderheit von Aerzten zur ärztlichen Behandlung zur Verfügung; die übrigen, und das ist die grosse Mehrheit der Aerzte, sind hierdurch thatsächlich ausser Stande, die Kenntnisse, die sie sich auf der Universität in einem sehr kostspieligen Studium erworben haben, praktisch zu verwerthen, so lange, als es ihnen nicht gelingt, eine Kassenarztstelle zu erlangen. Die Folge ist, besonders bei der Ueberfüllung des ärztlichen Standes, eine nicht immer tactvolle Bewerbung der Aerzte bei den Kassenvorständen, ein Unterbieten und, dem starken Angebot entsprechend, fortwährendes Herabmindern des Honorars. Und da bei diesem System dem Arzte seine Stelle von dem Kassenvorstande gekündigt werden kann, so ist er auch in seiner kassenärztlichen Thätigkeit vom Kassenvorstande abhängig: er wird seine Stelle verlieren, wenn er z. B. nach Ansicht des Kassenvorstandes bei der Bescheinigung der Erwerbsunfähigkeit nicht vorsichtig genug vorgeht und damit die Ausgaben für Krankengeld steigert, oder zu theure Arzneien verschreibt. Aus diesen Gründen hat die deutsche Aerzteschaft das Bestreben, bei den Krankenkassen „freie Arztwahl“ einzuführen. Darunter ist etwa nicht die Forderung zu verstehen, dass ein Kassenmitglied berechtigt sein soll, ohne weiteres die Hilfe jedes beliebigen Arztes in Anspruch zu nehmen, das würde bei den verschiedenen Honoraransprüchen der Aerzte unter Umständen die Kasse finanziell ruiniren; dem Begriffe der freien Arztwahl entspricht vielmehr jede Einrichtung, welche einerseits jedem Arzte eines Communalbezirks die Berechtigung gewährt, bei einer Kasse unter bestimmten, vorher vereinbarten, den einzelnen Arzt verpflichtenden Bedingungen als Kassenarzt zu fungiren, andererseits jedem Kassenmitgliede in jedem Krankheitsfalle die Wahl unter diesen Aerzten freilässt. Die Organisation dieser Einrichtung geschieht am zweckmässigsten durch Abschluss von Verträgen zwischen ärztlichen Vereinigungen und den Vorständen der

<sup>1)</sup> Unter ärztlicher Behandlung ist grundsätzlich die Behandlung durch einen approbirten Arzt zu verstehen. Bedauerlicher Weise sind in Sachsen auch Nichtärzte (Curpfuscher) zur Behandlung von Krankenkassenmitgliedern zugelassen worden.

kassen; diese Verträge müssen Bestimmungen enthalten über das  
 , über Abwehrmaassregeln gegen Simulation, Arzneiverschwen-  
 id über andere im Interesse der Kassen und Aerzte nothwendigen  
 geln. Die allgemeine Durchführung dieser freien Arztwahl würde vor-  
 lich eine Verbesserung des Krankenversicherungsgesetzes bedeuten;  
 versicherten Arbeiter, namentlich der grossen Städte, sind mit  
 stem der festangestellten Aerzte häufig nicht zufrieden; sie  
 dem Kassenarzte mit einer gewissen Berechtigung einen Be-  
 des Kassenvorstandes; es herrscht bisweilen zwischen Patient  
 t kein Vertrauen, der Patient hält sich oft für zurückgesetzt,  
 rs da einzelne Kassenärzte der grossen Städte ausserordent-  
 berlastet sind. Deshalb wird auch von Arbeitern die Ein-  
 der freien Arztwahl gewünscht. Gegen dieselbe wird angeführt,  
 h bei ihr die Kosten für Arznei und Krankengeld sehr steigern;  
 das einzige Material, das hierfür beigebracht wird und sich nur  
 hältnisse in Berlin bezieht, kein beweiskräftiges. Das Kranken-  
 l deswegen oft unnöthig bei der freien Arztwahl gezahlt werden,  
 Arzt hierbei dem Patienten leicht zu Willen sein soll und auf  
 eise der Simulation Vorschub leiste. Versteht man unter einem  
 ten einen Menschen, der eine Krankheit oder Beschwerde, für  
 ine Ursache besteht, vorspiegelt, so ist die Simulation bei  
 kassenmitgliedern nicht sehr häufig. Dafür sorgt schon die Höhe  
 nkengeldes, die ja nur bei Doppelversicherung den wirklichen  
 st erreicht, meistens aber weit hinter ihm zurückbleibt. Gewiss  
 bt auch ein Kassenmitglied sein Leiden, ein Theil der  
 n aber, die von Kassenvorständen der Simulation beschuldigt  
 sind chronische Kranke. Gewiss die Hälfte aller Kassenmit-  
 sind im medicinischen Sinne nicht völlig gesund: ausser der so  
 breiteten Tuberculose in all' ihren Stadien findet man chronische  
 der Luttwege, des Magens, Rheumatismus und Nervenkrank-  
 bei weiblichen Mitgliedern alle Formen der Bleichsucht und  
 rankheiten. Nun weiss jeder Laie, dass derartig Leidende ein  
 chselvolles Befinden haben: auf Monate relativen Wohlbefindens  
 ne Zeit schwersten Unbehagens. Bei Lungenkranken — und  
 l vielleicht 80 pCt. der chronisch kranken Arbeiter — ist dies  
 er Winter, dem deshalb die besser situirten Lungenkranken durch  
 se nach dem Süden entfliehen. Das kann natürlich der Arbeiter  
 und deshalb benutzt er die Zeit der schlechteren Arbeitsgelegen-  
 der Arbeitslosigkeit dazu, um seine Gesundheit zu verbessern  
 mehr eine Verschlimmerung seines Leidens zu verhüten. Dass  
 vollste Berechtigung hat, wird Niemand bestreiten: ist z. B.

---

Neuerdings errichten die Invaliditäts-Anstalten vielfach Heilstätten für Lun-  
 e. Die letzteren haben für die Unterbringung, die manchmal 6 Monate  
 ar nichts zu bezahlen, weil die Anstalt bei etwaiger Besserung an Invaliden-  
 ter zu sparen gedenkt.

ein Maurer im Sommer durch Krankheit verhindert zu arbeiten, so verliert er wahrscheinlich seinen ganzen Jahresverdienst, und deshalb benutzt er den Winter, wo die Bauthätigkeit ruht oder schwach ist, seinen kranken Körper für die zu erwartende Arbeitszeit zu festigen.

Es hat sich daher auch in den letzten Jahren herausgestellt, dass nichts so sehr die Finanzen einer Kasse berührt, als der Gang der Geschäfte und der Industrie. Ist viel Arbeit vorhanden, ist die Ziffer der Erwerbsunfähigen gering, sinkt die Arbeitsgelegenheit, so steigt sie; die Krankenkassen sind zum Theil, was nicht beabsichtigt war, eine Versicherung gegen Arbeitslosigkeit geworden, deswegen, weil eben die Zahl der chronisch Kranken eine sehr grosse ist. Das Gesetz hat ja allerdings festgesetzt, dass Versicherten, welche die Krankenunterstützung ununterbrochen, oder im Laufe eines Zeitraums von zwölf Monaten für dreizehn Wochen bezogen haben, bei Eintritt eines neuen Unterstützungsfalles, sofern dieser durch die gleiche, nicht gehobene Krankheitsursache veranlasst ist, im Laufe der nächsten 12 Monate Krankenunterstützung nur für die Gesamtdauer von 13 Wochen gewährt werden kann, doch hat dies für die Inanspruchnahme der Kassen durch die chronisch Kranken — und das ist die Hauptbelastung — sehr wenig Werth, da dieselben nach 10 bis 12 Wochen Unterstützung immer zu arbeiten versuchen und auch daran von den Aerzten nicht immer verhindert werden können.

Trotzdem ist übrigens der Vermögensbestand der Kassen ein ausserordentlich guter und beträgt mehr als 140 Millionen Mark.

Trotz der vorhandenen Mängel wird man doch die den deutschen Arbeitern durch das Krankenversicherungsgesetz gewährleistete Krankenfürsorge als einen ungeheuren Fortschritt bezeichnen dürfen, und es ist zweifellos, dass sie in allen Culturländern Nachahmung finden wird.

Bisher sind Oesterreich und die Schweiz dem deutschen Beispiel gefolgt. Die Verhältnisse der Krankenkassen sind ähnliche, wie in Deutschland, wobei zu bemerken ist, dass die Schweiz jeden in der Schweiz approbirten Arzt zur Behandlung der Kassenmitglieder unter bestimmten Bedingungen zulässt und für jedes Kassenmitglied einen Staatszuschuss von 1 Centime pro Tag bezahlt<sup>1)</sup>.

Die Sorge für kranke Arbeiter in Dänemark beruht auf dem Gesetz betr. anerkannte Krankenkassen vom 12. April 1892: dasselbe enthält nicht den Versicherungszwang, sondern erklärt nur dieselben Bevölkerungsklassen, wie in Deutschland, als berechtigt, in „anerkannte“ Kassen einzutreten, d. h. in solche Kassen, die ungefähr dasselbe leisten<sup>2)</sup>.

<sup>1)</sup> In Oesterreich ist das Gesetz seit dem 30. März 1888 in Kraft: in der Schweiz ist es zwar vollständig fertiggestellt, hat aber noch die Volksabstimmung zu passieren, die wohl erst Mitte des Jahres 1899 erfolgen wird.

<sup>2)</sup> Die Kinder der Mitglieder, die noch nicht 15 Jahre alt sind und im elterlichen Hause wohnen, haben auch das Recht auf freie ärztliche Hilfe und Krankenhausbehandlung.

deutschen Ortskrankenkassen als Mindestleistung vorgeschrieben diese Kassen wird ein jährlicher Staatszuschuss von 500000 Kronen (1000 Mark) gezahlt. Dieser Zuschuss wird unter die einzelnen Kassen theils im Verhältniss zur Mitgliedzahl am Ausgang des Jahres, theils im Verhältniss zum Mitgliederbeitrag im betreffenden Jahre . Der Theil des Zuschusses, der im Verhältniss zur Mitgliederzahl

wird, darf 2 Kronen für jedes Mitglied nicht übersteigen, und der Theil, der im Verhältniss zur Mitgliederzahl gezahlt wird, darf nicht mehr als ein Fünftel des Mitgliederbeitrages der einzelnen Kasse betragen. Ferner sind die Communen verpflichtet, die Mitglieder der Krankenkassen in ihren Krankenhäusern für die Hälfte des gewöhnlichen Satzes, dasselbe gegen die Kasse einen Unterstützungsanspruch hat, zu ernähren und zu verpflegen, und wenn diese Mitglieder auf dem Lande wohnen und kein Pferd und Wagen besitzen, auch das Abholen des kranken Mitgliedes (Hebamme), oder die Ueberführung in das Krankenhaus auf Kosten zu übernehmen, allerdings nur für eine Weglänge von 10 Kilometern; über diese Grenze hinaus hat die Kasse eine nach der Höhe der Kosten amtsrathes festzustellende Bezahlung zu entrichten.

Nach diesen Zuwendungen hofft man es allmählig dahin zu bringen, dass alle Versicherungsberechtigten sich einer anerkannten Krankenkasse anschließen. Im Jahre 1896 waren allerdings von den ca. 350000 versicherungsbedürftigen Personen nur 179378 versichert. Es bestanden in diesem Jahre 724 Kassen, deren Organisation in örtliche oder berufliche Gruppen eingetheilt ist; dieselben erhoben an Mitgliederbeiträgen 1 000 000 Kronen, erhielten 475817 Kronen Staatszuschuss und 38982 Kronen Kassenzuschuss. Dieselben bezahlten an Krankengeld 611518 Kr., an Krankenhäuser 95298 Kr., für Arzt und Führen 517883 Kr., für Verwaltungskosten 126392 Kr. In Dänemark besteht, was die Anstellung der Aerzte betrifft, freie Arztwahl; die Kassen stimmen, wie im deutschen K.-V.-G. § 6a und 26a, auf Grund der Wahl der Kassen berechtigt sind, ihren Mitgliedern „bestimmte“ Aerzte zu schreiben, besteht hier nicht.

In ganz genau dieselben Verhältnisse bestehen in Schweden. In Dänemark, so will auch das schwedische Gesetz „über Krankenversicherung vom 30. October 1891“ dem freien Krankenkassenwesen eine feste Grundlage und durch Staatszuschüsse eine schnellere Entwicklung. Nur darin besteht ein grosser Unterschied, dass das schwedische Gesetz diesen „anerkannten“ Kassen eine Mindestleistung nicht schreibt. Im Jahre 1895 betrug die Zahl der eingeschriebenen Krankenkassen 172 (gegen 221 im Jahre 1892); von diesen hatten nur 523 Kassen genaue Angaben über die Zahl der Mitglieder gemacht, und zwar betrug die Mitgliederzahl 64967, davon 50346 männliche, 14621 weibliche. Man schätzt die Bevölkerung Schwedens auf ca. 5 000 000 Personen an, davon sicherlich ca. 1 500 000 Personen nach deutschen Begriffen versicherungspflichtig und auch versicherungsbedürftig. Man kann des-

nach dem Unfall dem Arbeitgeber zur Last legt, sofern einer Krankenkasse nicht angehört, so ist die Regelungsversicherung äusserst dringend geworden. Nach dem Regierung eingebrachten Entwurf werden voraussichtlich § 1 des deutschen K.-V.-G. erwähnten Bevölkerungsklassen Land- und Forstarbeiter in die Versicherung einbezogen, mindestens Leistungen auf Krankengeld, freie Arzthilfe und Arbeitsbeiträge nach Lohnklassen abgestuft werden. Behuf der Versicherung ist die Errichtung einer das ganze Land umfassenden „Landes-Krankenkasse“ mit Unterabtheilungen in den Gemeinden geplant: dabei sollen aber private Krankenkassen bleiben und die Zugehörigkeit zu einer solchen, sofern die Bestimmungen erfüllt, von dem Beitritt zur Landeskrankenkasse unabhängig sein.

In Frankreich besteht bisher eine ausreichende Fürsorge für Arbeiter noch nicht. Hier liegt die ganze Fürsorge in den Hilfsvereinen, deren Organisation sich auf den Grundsatz gegenseitiger Unterstützung stützt. Nach einem Decret vom 1. April 1900 soll in jeder Gemeinde, wo ein Bedürfniss dazu vorliegt, auf Veranlassung des Bürgermeisters und Pfarrers ein Verein für Hilfeleistung eingerichtet werden, deren aktive Mitglieder auch zahlende Ehrenmitglieder — ein Anrecht haben, wenn verletzt und siech sind, vorübergehend unterstützt zu werden, den Hinterbliebenen ein Sterbegeld gewährt. Diese Hilfsvereine müssen auch bei einer genügenden Anzahl von Ehrenmitgliedern bestehen. Ihre Statuten unterlagen der staatlichen Genehmigung, ebenso hatten sie genaue Vorschriften über die Verwendung ihres Vermögens zu erfüllen. Das Gesetz vom 1. April 1900 erweitert den Wirkungskreis der Hilfsvereine bedeutend. Jeder Arbeiter oder Fürsorgeverein dürfen einen oder mehrere der folgenden Verordnungen ihren activen Mitgliedern und deren Familien zu

keit entfalten; eine genaue Angabe darüber, wieviel Arbeiter unter den etwa 1100000 Mitgliedern sind, haben wir nicht ausfindig machen können, aber das steht fest, dass ganz im Widerspruch mit dem Gesetz auch die zahlenden Ehrenmitglieder ganz ruhig an den Vortheilen, die diese Vereine in der Krankenfürsorge gewähren, theilnehmen: sie nehmen auf Kosten des Vereins Arzt und Medicin. Es erscheint fraglich, ob durch diese — staatlich unterstützte — Vereinsthätigkeit den Anforderungen einer wirklichen Krankenversicherung der Arbeiter genügt werden kann, ganz abgesehen davon, dass in zweiter Linie auch die Aerzte hierdurch geschädigt werden.

---

# Specielle Krankenversorgung.

---

## I. Für Arbeiter.

### 2. In Betriebsunfällen.

Von

Sanitätsrath Dr. C. Thiem in Cottbus.

---

#### I. Geschichtliches.

##### A. Zustände vor dem Erlass des deutschen Unfallgesetzes.

Schon im ersten Bande dieses Werkes ist von Dietrich in eingehender Weise die geschichtliche Entwicklung der Krankenpflege erörtert worden. Dabei konnte nur beiläufig der Bestrebungen gedacht werden, welche über die Fürsorge für die eigentlichen Kranken hinaus sich auch auf die Personen erstreckte, welche zwar nicht oder nicht mehr einer acuten Erkrankung verfallen und infolge dieser vorübergehend arbeitsunfähig waren, sondern entweder durch derartig überstandene acute oder chronische Erkrankungen oder Verletzungen oder durch Altersgebrechlichkeit mehr oder minder dauernd arbeitsunfähig waren.

Am meisten verbreitet traten diese Bestrebungen in England auf, wo zu einer Zeit (Anfang des 16. Jahrhunderts), als die religiösen, auch in dieser Beziehung wohlthätig wirkenden, Orden in dieser ihrer Thätigkeit nachzulassen anfangen, sich die religiösen Gilden bildeten. Leute verschiedenen Standes, lediglich dadurch zusammengeführt, dass sie einen gemeinschaftlichen Schutzheiligen hatten, vereinigten sich zur gegenseitigen Unterstützung nicht nur in Fällen von Krankheit, sondern auch von Unfällen durch Feuer und Wasser, namentlich aber, wie dies für England nahe lag, bei Unfällen zur See.

Man würde also hierin die ersten Anfänge einer freiwilligen gegenseitigen Unfallversicherung zu erblicken haben, wie erwähnt, geschlossen zwischen Leuten verschiedener Stände, die lediglich unter einem gemeinsamen Schutzpatron geeinigt waren.

Durch die Reformation verloren diese Gilden nach und nach ihren

giösen Charakter und damit auch ihre wohlhabenden Mitglieder, doch schliesslich weniger zu eigenem Nutz als vielmehr zu Gottes ihres Schutzheiligen Ehre ihr Scherflein beigetragen hatten. Aus religiösen Gilden wurde also eine Vereinigung ärmerer Leute (weiter) zur gegenseitigen Unterstützung in Fällen jeglicher Noth, namentlich in den durch Krankheit und Unfall beigeführten.

Es entstanden die ersten freien Hilfskassen, die friendly societies die verschiedenen Clubs.

Wenn also England der Ruhm gebührt, in der Arbeiterversicherung vorgegangen zu sein, so kann man auf der anderen Seite mit Gerechtigkeit sagen, das England über die beschriebene Form der Arbeiterversicherung noch heute nicht hinausgekommen ist.

Wie sich die freien Hilfskassen in allen Staaten weiter entwickelt allmählig das Interesse der Regierungen erweckt und so auch in England ein besonderes Hilfskassengesetz hervorgerufen haben, kann man um so eher eben nur gestreift werden, als College Mugdan den Vorstand schon im Capitel über Krankenfürsorge in Krankheitsfällen berücksichtigt und dort auch ausgeführt hat, wie in Deutschland aus dem Krankenkassenwesen heraus die Entwicklung der Krankenversicherung vor sich gegangen ist und auch hier zum Entstehen freier Hilfskassen und zu deren staatlicher Controle und Beeinflussung geführt hat.

Bei allen diesen Einrichtungen handelt es sich aber immer wieder mehr um die Fürsorge für die Kassenmitglieder bei vorübergehender Erkrankung. Nur wenige Innungen unterstützten ihre Mitglieder auch bei dauernder Invalidität, so auch durch Unfälle herbeigeführter Erwerbsunfähigkeit, z. B. die Halloren und Kalandsbrüderschaften (Bd. I., S. 35).

Vollständig ausgesprochen war diese allseitige Fürsorge bei den Knappschaftsvereinen. Die für die Unfallverletzten vorgesehenen Einrichtungen gehen hervor aus der Institution Friedrichs des Grossen vom 16. Mai 1767 „zur Errichtung und Führung der Knappschaftskasse für die Bergleute in dem Herzogthum Cleve, Fürstenthum Meurs und Grafschaft Mark“ nach der (Absatz II) „diejenige Ausgabe continuiert auszuweisen sein möchte, so den wegen Alters oder wegen ständiger Krankheit unermöglichten Bergleuten“, und später sind ausser Krankheiten „Unglücke der Bergleute“, also Betriebsunfälle, direct erwähnt. Aus der genannten Instruction erfahren wir auch, woher die Mittel zur Bestreitung der Ausgaben kamen.

Erstens hatte jeder Bergarbeiter bei Uebernahme der Arbeit „zehn Groschen“ Inscriptiions-Gelder zur Knappschaftskasse zu erlegen, dann wurde ihm „von jedem Reichthaler Arbeitslohn ein Stüber einbehalten.“ Von den Bergwerken selbst, also von den Arbeitsgebern, gelangten Einnahmen in die Kasse „bey Metallischen und Mineralischen, die heute zweyer Kuxen, von den Kohlenbergwerken aber von jedem Arbeiter in den gangbaren Schächten ein Fass Kohle.“

Während also bei Bergarbeitern durch diese staatlich beaufsichtigte



und mit reichlichen Mitteln versehenen Knappschaftskassen die Fürsorge auch der Unfallverletzten gesichert war, hatten andere durch Unfallverletzungen dauernd geschädigte Arbeiter nur dann in Preussen nach dem Landrecht civilrechtlichen Anspruch an ihre Arbeitsgeber, wenn den letzteren ein Verschulden nachgewiesen werden konnte.

Wie längst bekannt und erwiesen, ist dieser Nachweis aber ausserordentlich selten möglich, da die Mehrzahl der Unfälle ausser durch unabwendbare Ereignisse (*force majeure*) durch die Unvorsichtigkeit und Fahrlässigkeit der verletzten Arbeiter selbst und ihrer Mitarbeiter herbeigeführt wird, weil sie durch die beständig sie umgebende Gefahr gegen dieselbe abgestumpft werden.

Ferner war auch für den Arbeiter die Beweisführung wegen seiner verhältnissmässigen Mittellosigkeit in materieller und intellectueller Beziehung erschwert und schliesslich machte noch häufig Zahlungsunfähigkeit der verurtheilten Ersatzpflichtigen (Betriebsleiter, Mitarbeiter, auch wohl kleinerer Fabrikanten) das ganze Prozessverfahren praktisch gegenstandslos.

Auch durch das deutsche Reichsgesetz vom 7. Januar 1871, das vom 23. Januar 1873 auch auf Elsass-Lothringen ausgedehnte, sogenannte Haftpflichtgesetz, wurde in sofern nicht viel geändert als für Unfälle bei dem Betriebe eines Bergwerks, eines Steinbruchs, einer Gräberei (Grube) oder einer Fabrik der Unternehmer nur dann haftet, wenn der Verunglückte ein Verschulden des Unternehmers oder seiner Betriebsbeamten nachweist. Diese schwierige Beweisführung blieb also wieder dem Verletzten auferlegt: nur bei Eisenbahnunfällen hatte der Unternehmer ohne weiteres zu haften, wenn er nicht nachwies, dass der Unfall durch höhere Gewalt oder durch eigene Schuld des Getödteten oder Verletzten herbeigeführt war, eine Verpflichtung, die übrigens für die Eisenbahnen schon durch § 25 des Preussischen Eisenbahngesetzes vom 3. November 1838 und die Art. 395, 400, 401 und 421 des deutschen Handelsgesetzbuches festgelegt war.

Immerhin brachte das Haftpflichtgesetz für die Arbeiter gewisser Kategorien doch nicht zu leugnende Vortheile. — Früher war in der Mehrzahl der Fälle ein durch Unfall Verstümelter der Gnade des Arbeitgebers anheimgegeben, wenn letzterer erstens den guten Willen hatte und zweitens materiell im Stande war, ihm ein Gnadengehalt zu gewähren. Wurde er vom Arbeitgeber ohne dauernde Unterstützung entlassen, so musste er, wenn er gar nicht mehr arbeitsfähig war, seinen Lebensunterhalt erlernen, erbetteln, erhausiren oder er fiel der Gemeinde zur Last.

Als das Haftpflichtgesetz in Kraft trat, versicherten die meisten Arbeitgeber ihre Arbeiter bei Privatunfallversicherungen, und zwar ein Theil nur gegen Haftpflichtfälle, die Mehrzahl aber gegen alle, auch die vom Arbeiter selbst verschuldeten, Unfälle.

Namentlich die letztere Versicherungsart bedeutete für den Arbeiter eine erhebliche Besserung, da er damit der so schwierigen Beweisführung

Idens des Unternehmers enthoben war, während bei den en, die nur die Haftpflichtfälle berücksichtigten, wie von sich zutreffend ausdrückt „das Haftpflichtgesetz gehädlich gewirkt hat.“ Denn viele Versicherungsgesellschaften im Interesse ihres Geschäftes in jedem Falle den en Austrag abwarten zu sollen. Dadurch waren die Ver: Mal zur Klage und der Beweisführung gezwungen, die sich schwieriger gestaltete, als die Arbeiter nun einem gewiegten, en Angelegenheiten sehr erfahrenen, Gegner gegenüber e begnügten sich daher häufig, nur um einem zweifelhaften entgehen, mit einer verhältnissmässig sehr geringen ein- tschädigung.

ar auch der wunde Punkt bei den Versicherungen, durch Betriebsunfälle, gleichviel wie sie zu Stande gekommen waren, wurden, die einmalige Abfindung für alle Zeiten.

venn diese Abfindung wirklich dem augenblicklichen Zustande en entsprechend als genügend oder ausreichend anzusehen r ganze Arbeitsverdienst des Verletzten der Berechnung zu gt wurde, gelangte doch nur der Zustand im Augenblick digung zur Berücksichtigung.

ufig verschlimmerte sich aber nachträglich dieser Zustand ss dann die ursprünglich genügend erscheinende Entschädigung men unzureichend war! Und wie häufig war sie das schon ein!

verletzten Arbeiter, der womöglich nie mehr auf einmal be-, als sein Wochenlohn ausmacht, imponirte eine Summe, bei i um Hunderte, ja manchmal um Tausende handelte, derer, vollständig geblendet, den wirklichen Kapitalwerth und ehnung ausser Acht liess und schleunigst zugriff. Viele Arn noch dazu das Geld ihrer mangelhaften Erfahrung nach ichtsinn unvortheilhaft oder unsicher an und standen einige dem Unfall dem Nichts gegenüber.

en hier also wirkliche Nothstände vorhanden, und wenn man xeshalb die Erkenntniss der Nothwendigkeit, darin Abhilfe zu n Regierungen und im Besonderen der deutschen Reichs- icht schon zu einer früheren Zeit gekommen ist als zu der, ein besonderes Gesetz gegen die gemeingefährlichen Bestre-

Socialdemokratie (21. October 1878) erlassen wurde, so clärung nur darin, dass die Zahl der Unfälle in den meisten rst mit der allgemeinen Verwendung der Dampfkraft und

Einrichtungen sich so auffallend vermehrt hat.

sen an meinem Wohnort sich die Arbeitgeber der Tuch- seit alter Zeit hier in Blüthe stand, nennenswerther Betriebs- der Zeit der Handstühle überhaupt nicht zu erinnern. Erst 0er Jahre wurde die Handweberei durch die sogenannten n, mit Dampfkraft getriebenen, Webstühle endgültig ver-

die Zahl der Betriebsunfälle in der neuesten Zeit mehrt.

## **B. Das deutsche Unfallversicherungsg**

Dem soeben dargelegten Nothstande unter den d  
lide gewordenen Arbeitern zu steuern, ist das deut  
sicherungsgesetz vom 6. Juli 1884 bestimmt nebst  
daran erlassenen weiteren Gesetzen, dem sogenannt  
gesetz vom 28. Mai 1885, dem landwirthschaf  
gesetz vom 5. Mai 1886, dem Bauunfallgesetz v  
und dem Seeunfallgesetz vom 13. Juli 1887.

Das erste Unfallversicherungsgesetz umfasste die  
beiter, nachdem für diese durch Krankenversicherungsg  
1883 der Versicherungszwang eingeführt worden war.

Durch das sogenannte Ausdehnungsgesetz wurde  
1886 die Unfallversicherung eingeführt: 1. für den g  
der Post-, Telegraphen- und Eisenbahnverwaltungen, so  
triebe der Marine und Heeresverwaltungen einschlies  
welche von diesen Verwaltungen für eigene Rechnunge  
den; 2. den Baggereibetrieb; 3. den gewerbsmässigen  
Binnenschiffahrtsbetrieb; 4. den Speditions-, Speiche  
betrieb; 5. den Gewerbetrieb der Güterpacker und  
Durch das Gesetz vom 5. Mai 1886 wurde die Unf  
versicherung auf die in land- und forstwirthschaftlic  
schäftigten Personen und durch Gesetz vom 11. Juli  
Bauten beschäftigten Personen, sowie durch Gesetz v  
auf die Studenten und andere bei den Seeschiffahrt b

Wie auch immer über die Wirkungen dieses Gesetzes geurtheilt was auch im Einzelnen an demselben ausgesetzt werden mag, das ist unbestritten: Das neue Deutsche Reich unter seinem ersten Kaiser hat auch mit den Unfallgesetzen, die ja nur einen Theil der neueren Arbeitergesetze bilden, einen gewaltigen, unschätzbaren Schritt zur Verbesserung des Loses der Invaliden der Arbeit gethan und damit einen unvergänglichen Ruhm für alle Zeiten erworben. Das geht unter Anderen nicht nur aus hervor, dass fast alle Culturstaaten ihm auf diesem Wege gefolgt sind, sondern dass auch in den Ländern, wo wirkliche zwangsweise Unfallversicherungsgesetze bestehen, diese nach dem deutschen Vorbilde geschaffen worden sind.

So besitzt Oesterreich ein Unfallversicherungsgesetz, welches gegenüber dem deutschen nur geringe Unterschiede aufweist. Ebenso hat auch Dänemark, Schweden und Norwegen eine staatliche Unfallversicherung, während in England und Frankreich stehen im Begriff solche einzuführen, theilweise in beschränktem Umfange d. h. nur für eine bestimmte Reihe von Industrien.

In Italien wird gleichfalls ein Unfallgesetz eingeführt werden, ebenso in der Schweiz, welche überdies schon sehr weitgehende Haftpflichtgesetze hat.

Auch Frankreich hat ein Haftpflichtgesetz am 26. März v. J. im Reichsrath verabschiedet, welches nach einem Urtheile der deutschen Tagespresse in Auffassung und Umfang zwar weit hinter dem deutschen Unfallgesetz zurücksteht, das englische Gesetz aber an Entschiedenheit und starrer Verfolgung seiner Zwecke weit überholt.

Es wird ein sicheres Urtheil über alle diese Gesetze erst nach ihrem Bestehen derselben, wie beim österreichischen Unfallgesetz, fällen sein. Vergleiche des letzteren mit dem deutschen werden sich natürlich noch aufdrängen.

## **I. Die durch das deutsche Unfallversicherungsgesetz geschaffene neue Sachlage (Berufsgenossenschaften).**

Bevor wir in eine Einzelerörterung des deutschen Unfallgesetzes eintreten, werfen wir kurz die Frage auf: „Welche Veränderung ist für Arbeiter gegenüber dem früheren Zustande durch dasselbe herbeigeführt worden?“

Sie besteht bezüglich der Unfallversicherung allein in der Zwangsversicherung aller eigentlichen Lohnarbeiter (ausschliesslich der Hausdiensten), wie diese Zwangsversicherung auch im Krankenkassengesetz für die gewerblichen Arbeiter besteht, während die ländlichen Arbeiter und die dem landwirthschaftlichen Unfallgesetz mit unterworfenen kleinen Besitzer dem Krankenversicherungszwang nicht durchwegs unterworfen sind.

Die zweite und gewaltigste Aenderung gegen die früheren Zustände bringt das deutsche Unfallversicherungsgesetz dadurch, dass es aus dem

lediglich civilrechtlich zu erreichenden Schadenersatz ein öffentliches Recht gemacht hat.

Drittens wird der Schadenersatz in allen Unfällen, nicht nur in den früheren Haftpflichtfällen geleistet. Es heben sogar grobe Verschuldungen des Verletzten oder Getödteten seinen oder seiner Verbliebenen Entschädigungsanspruch nicht auf; nur dann kann dieser nicht erhoben werden, wenn der Verletzte den Unfall vorsätzlich herbeigeführt hat. Auch Schuld dritter Personen, der Mitarbeiter, schliesst das Recht auf Entschädigung nicht aus. Unter Umständen kann die Berufsgenossenschaft solche dritte Personen regresspflichtig machen. Nur wenn absichtliche Verletzungen durch andere Personen herbeigeführt werden, die mit dem Betriebe nichts zu thun haben, wird ein Betriebsunfall ausgeschlossen. Es sind, um es hier gleich noch anzuführen, nur ausgeschlossen die Gefahren des gemeinen Lebens, wenn dieselben nicht durch die Art und den Ort des Betriebes, in welchen der Unfall stattfand, besonders erhöht waren. Es kann daher Verletzung oder Tödtung durch Blitzschlag oder Hitzschlag in dem einen Falle keinen Betriebsunfall darstellen, in einem anderen als solcher gelten, wenn z. B. die Blitzgefahr bei der betreffenden Beschäftigung (unter einem einzeln stehenden Baum erhöht war. Dies beiläufig! Viertens ist die Beweisführung für den Arbeiter gegen früher erheblich erleichtert, nicht nur selbstverständlich darin, dass es nun eines Beweises darüber, dass der Unfall durch Schuld des Betriebsunternehmers oder seiner Beamten herbeigeführt sei, überhaupt nicht mehr bedarf, sondern auch darin, dass der Nachweis eines Zusammenhanges der Erkrankung oder des Todes mit dem Unfall dem Arbeiter jetzt ausserordentlich erleichtert ist. Eigentlich hat der Verletzte oder dessen Rechtsnachfolger dem Gesetz nach diesen Beweis zu führen, aber entsprechend dem humanen Grundgedanken des ganzen Gesetzes wird dies praktisch so gehandhabt, dass häufig umgekehrt der Berufsgenossenschaft die Verpflichtung auferlegt wird, den Gegenbeweis zu liefern, so dass z. B. bei Todesfällen da, wo die Berufsgenossenschaft die Section zu machen unterlässt, sie sich zu ihrem Nachtheil eines Hauptbeweismittels gegen den von den Erblässern behaupteten Zusammenhang zwischen Unfall und Tod begiebt. Nur bei einzelnen Gebieten, auf denen viel Missbrauch in der Behauptung gewaltsamer (Unfalls-) Entstehung von Leiden getrieben worden ist, z. B. in der Frage der gewaltsamen Entstehung von Eingeweidebrüchen durch Unfälle, ist die Beweispflicht dem Verletzten in besonderer Strenge auferlegt geblieben, und sind in dieser Beziehung die Berufsgenossenschaften entlastet worden.

Was die Bildung der Berufsgenossenschaften anlangt, so sind dies Versicherungsgesellschaften auf Gegenseitigkeit, zu welchen sich die zur Tragung der Kosten aller aus dem Unfallversicherungsgesetz erwachsenden Lasten verpflichteten Betriebsunternehmer eines Industriezweiges oder mehrerer verwandter Industriezweige, nach Maassgabe gleicher wirthschaftlicher Interessen, im Uebrigen nach freier Wahl, für begrenzte Wirthschaftsgebiete oder für den Umfang des ganzen

s zusammenschliessen können, beziehungsweise sich beim Inkraftdes Gesetzes zusammengeschlossen haben. Bekanntlich gingen am endgiltigen Gesetz erhobenen Entwurf zum Unfallversicherungsgesetz schon zwei Vorlagen voraus. Die erste, vom 8. März 1881, wollte, Beibehaltung der alten Bestimmungen über Eisenbahnunfälle, für Betriebe die Unternehmer zu einer Collectivversicherung ihrer bei einer Reichsversicherungsanstalt gegen Unfälle nöthigen; Kosten der Versicherung sollten im Wesentlichen die Unternehmer Mitheranziehung der versicherten Arbeiter und mit einem Zuschuss Reichsmitteln tragen.

Schon in diesem Entwurf waren aber auch genossenschaftliche Versicherungen facultativ zugelassen. Die verbündeten Regierungen versagten der vom Reichstag veränderten Vorlage ihre Zustimmung, weil der Reichszuschuss verworfen und statt der Reichsversicherungsanstalt Landesversicherungsanstalten vorgesehen waren. Kaiser im I. hat in zweien, die Gegenzeichnung seines eisernen Kanzlers den Botschaften, am 17. November 1881 und, nachdem der Reichstag eine Commission nur den vorgelegten Entwurf eines Krankenversicherungsgesetzes, nicht aber den des neu vorgelegten Entwurfes des Unfallversicherungsgesetzes fertig gestellt hatte — am 14. April 1883 in ewig ürdigen Worten auf die endgiltige Regelung des Unfallversicherungsgesetzes hingewiesen, ja hingedrängt. Es seien nur die Schlussworte der genannten Botschaft erwähnt: „Unsere Kaiserlichen Pflichten verlangen uns aber, kein in unserer Macht stehendes Mittel zu benutzen, um die Besserung der Lage der Arbeiter und den Frieden der Berufsklassen unter einander zu fördern, so lange uns Kraft giebt zu wirken. Darum wollen wir dem Reichstage durch diese unsere Botschaft von Neuem und in aufrichtiger Anrufung seines bewährten treuen Sinnes für Vaterland und Reich die baldige Erledigung der hierin bezeichneten Vorlage dringend an's Herz legen.“

Es kam jedoch der ganze zweite Entwurf bezgl. der Unfälle vom 1882 nur insofern zur Wirkung, als durch das angenommene Unfallversicherungsgesetz die gewerblichen Arbeiter für die ersten beiden Jahre sowohl in Krankheits-, als auch in Verletzungsfällen versorgt

Es wurde daher ein dritter Entwurf vorgelegt, der den in dem ersten Entwurf noch vorgesehenen Reichszuschuss fallen liess, und die Kosten des am 1. October 1885 in Kraft getretenen Unfallversicherungsgesetzes gebildet hat, nach welchem die aus diesem Gesetz entstehenden Kosten fast ausschliesslich den Berufsgenossenschaften zugewiesen werden, und das Reich, bezw. die Einzelstaaten nur die Kosten der obersten Verwaltungs-, Gerichts- und Aufsichtsbehörde, des Reichsversicherungsamtes, bezw. der für gewisse Berufsgenossenschaften in letzter Instanz zuständigen Landesversicherungsanstalten, tragen.

Dieser werthvolle Unterlage für die Beratungen bildete eine von den

Betriebsunternehmern auf Ansuchen des Reichskanzler aufgenommen, die vier Monate August bis November 1881 umfassende, Statistik der in ihren Betrieben vorgekommenen Unfälle.

Wie wir schon erwähnten, ist das erste Unfallversicherungsgesetz im organischen Zusammenhange mit dem Krankenversicherungsgesetz entstanden und setzt demnach voraus, dass die Fürsorge auch für den Unfallverletzten in den ersten 13 Wochen den Krankenkassen obliegt, dass also innerhalb der ersten 13 Wochen das Eintreten der Berufsgenossenschaften, die, wie bereits angedeutet, von da ab die Kosten der Unfallversicherung allein zu tragen haben, entbehrlich ist, dass mit einem Worte die Wirkungen des Unfallversicherungsgesetzes erst nach einer sogenannten Carrenzzeit von 13 Wochen einzutreten haben.

Da nun aber durch das sogenannte Ausdehnungsgesetz, ferner durch das Bau-Unfallversicherungsgesetz und das landwirthschaftliche Unfallversicherungsgesetz viel mehr Arbeiter gegen Unfälle versichert sind, als dem Krankenversicherungszwang unterliegen, so äussert sich die Wirkung der Unfallversicherungsgesetze sehr verschieden, je nachdem die Unfallversicherten in den ersten 13 Wochen die Fürsorge einer Krankenkasse geniessen, es sind dies rund 7 Millionen, oder ob sie, wie die übrigen 11 Millionen der Unfallversicherten, dieser Fürsorge in den ersten 13 Wochen entbehren müssen, weil sie eben keiner Krankenkasse angehören.

### III. Einzelbesprechung des Unfallgesetzes.

#### A. Die verschiedenen Klassen der Versicherten innerhalb der 13wöchentlichen Carenzzeit.

Durch die verschiedenen Unfallgesetze sind 3 Kategorien von Unfallversicherten geschaffen, deren Fürsorge innerhalb der ersten 13 Wochen verschiedenartig, beziehungsweise ganz ausfällt.

Zur ersten Kategorie gehören die dem Krankenversicherungszwange unterliegenden Arbeiter (fast ausschliesslich gewerbliche), die entweder thatsächlich der Krankenkasse angehören oder nur deshalb von dem wirklichen Beitritt zur Kasse entbunden sind, weil sich der Betriebsunternehmer zu den gleichen Leistungen, wie die Arbeiter sie nach § 6 des Krankenversicherungsgesetzes beanspruchen dürfen, verpflichtet hat. Die Unfallverletzten, bei welchen diese Voraussetzungen zutreffen, haben nicht nur Anspruch auf freie ärztliche Behandlung, Arznei, sowie Brillen, Bruchbänder und ähnliche Heilmittel und auf das allen anderen Krankenkassenmitgliedern zustehende Krankengeld, sondern auch von der 5. Woche nach Eintritt des Unfalles an event. (meist) auf Kosten des Betriebsunternehmers statt auf das Minimalkrankengeld von 50 pCt. des Tagelohnes auf ein auf  $66\frac{2}{3}$  pCt. erhöhtes Krankengeld.

Zur zweiten Klasse gehören 1. die Bauarbeiter, welche bei Regiebauten von Privatpersonen beschäftigt sind, soweit diese Bauten

ist Theile eines versicherungspflichtigen Hauptbetriebes sind. 2. die ländlichen Arbeiter, soweit dieselben nicht auf Grund landesgesetzlicher Bestimmungen anderweitige Ansprüche haben oder einer Krankenkasse (Gemeindekrankenversicherung) angehören. Diese beiden, Bau- und ländliche Arbeiter, erhalten kein Krankengeld, sondern nur freie ärztliche Behandlung, Arznei, sowie Brillen, Bruchbänder und ähnliche Hilfsmittel, oder einen entsprechenden Ersatz, und zwar von der Gemeinde, in deren Bezirk der verletzte Arbeiter versichert war. Auch dann, wenn etwa näher Verpflichtete diese Leistungen nicht gewährt haben, hat die Gemeinde sie mit Vorbehalt des Ersatzanspruches zu übernehmen.

Als Ersatz der Kosten des Heilverfahrens gilt die Hälfte des nach dem Krankenversicherungsgesetze zu gewährenden Mindestbetrages, sofern nicht höhere Aufwendungen nachgewiesen werden. Zu den betreffenden Leistungen ist die Gemeinde nicht verpflichtet, wenn und solange der Verletzte sich im Auslande befindet; ein Ausländer dagegen, welcher sich im Inlande aufhält, kann freie ärztliche Behandlung in der inländischen Gemeinde verlangen.

Gleiche Leistungen wie die obenerwähnten beiden Arbeiterkategorien, d. h. freie ärztliche Behandlung ohne Krankengeld, haben die ländlichen Arbeiter zu beanspruchen, welche freiwillig Mitglieder von Gemeindekrankenversicherungen geworden sind, nur dass hier die Leistung die betreffende Krankenkasse und nicht die Gemeinde als solche übernimmt.

Zur dritten Klasse gehören die kleinen ländlichen Besitzer und unbesoldeten Betriebsbeamten, welche in keiner Krankenkasse sind. Sie sind innerhalb der ersten 13 Wochen auf sich selbst angewiesen.

## **B. Die Fürsorge für die Unfallverletzten nach Ablauf der Carenzzeit.**

### **a) bei Körperverletzungen.**

Die Fürsorge für Unfallverletzte nach Ablauf der 13wöchentlichen Carenzzeit fällt lediglich den Berufsgenossenschaften anheim und zwar bei allen unfallversicherten Arbeitern: der Schadenersatz bei Körperverletzungen der gleiche, nur bezüglich der Höhe der etwa zu gebenden Rente verschieden, da dieser der Arbeitslohn zu Grunde gelegt wird, worüber noch später eine kurze Bemerkung eingeflochten werden soll.

Unter Körperverletzung ist jede, auch psychische, Einwirkung auf den Körper eines Menschen zu verstehen, durch welche derselbe eine Störung des körperlichen Wohlbefindens leidet.

Der Schadenersatz soll nun im Falle der Verletzung bestehen:

1. in den Kosten des Heilverfahrens, welche vom Beginn der 14. Woche nach Eintritt des Unfalls entstehen;



2. Die Kosten der Verpflegung von Kindern der Ehefrau und Kinder der Ehefrau für die Dauer der Krankenheilung ist zu übernehmen, ferner:

#### a. Heilungskosten

1. Die Kosten der Heilungskosten für die Dauer der Heilung sind zu übernehmen, ferner:

2. Die Kosten der Heilungskosten für die Dauer der Heilung sind zu übernehmen, ferner:

3. Die Kosten der Heilungskosten für die Dauer der Heilung sind zu übernehmen, ferner:

#### c. Heilverfahren

1. Die Kosten der Heilverfahrens und der Heilung sind zu übernehmen, ferner:

2. Die Kosten der Heilverfahrens sind zu übernehmen, ferner:

3. Die Kosten der Heilverfahrens sind zu übernehmen, ferner:

4. Die Kosten der Heilverfahrens sind zu übernehmen, ferner:

5. Die Kosten der Heilverfahrens sind zu übernehmen, ferner:

6. Die Kosten der Heilverfahrens sind zu übernehmen, ferner:

7. Die Kosten der Heilverfahrens sind zu übernehmen, ferner:

chen zu lassen, sich einem für nöthig befundenen Heilverfahren zu unterziehen und Aehnliches, erlauben der Berufsgenossenschaft, entweder die Rentenzahlung, solange die Weigerung besteht, ganz einzustellen, oder den für den Verletzten ungünstigsten Schluss zu ziehen, also die Rente so weit herabzusetzen, als dies nach mündigen Erwägungen bei geeignetem Heilverfahren voraussichtlich zulässig gewesen wäre.

Zeitweilige Entlassung eines Verletzten aus dem Krankenhause ist gerechtfertigt, kann also vom Verletzten verlangt werden zur Zeit der Entbindung der Ehefrau, besonders wenn hilfsbedürftige Kinder vorhanden sind, ausser wenn für das eigene Leiden deswegen schwere Unzuträglichkeiten herbeigeführt würden, oder die Abwesenheit zu Hause wegen des eigenen Zustandes ohnehin nicht von besonderem Nutzen wäre.

Zu Verweigerungen grösserer Operationen oder einer allgemeinen Betäubung (Chloroform, Aether u. s. w.) auch nur zu Untersuchungszwecken ist der Verletzte nicht berechtigt, während Verweigerung kleinerer, vielleicht nur mit Erzeugung örtlicher Schmerzhaftigkeit vorzunehmender, verhältnissmässig gefahrloser operativer oder mechanischer Eingriffe dagegen wieder, je nach Lage des einzelnen Falles, die Berufsgenossenschaft zu den für den Verletzten ungünstigsten Schlüssen berechtigt.

Zu den Kosten des Heilverfahrens gehört an sich nicht die Beschaffung künstlicher Glieder. Die Berufsgenossenschaften werden sich indess zu derselben stets anschliessen, wenn sie zur Erhöhung der Erwerbsfähigkeit dienen.

#### β. Rente im Falle von Körperverletzungen.

Bei der Rentenabmessung besteht ein wesentlicher Unterschied zwischen gewerblichen und ländlichen Arbeitern, insofern der Rentenrechnung bei gewerblichen Arbeitern der Individualverdienst, bei ländlichen aber ein Durchschnittsverdienst zu Grunde gelegt wird.

Bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften wird die Rente auf Grund des vom Verletzten oder einem gleichwerthigen Arbeiter wirklich verdienten Lohnes zu Grunde gelegt und beträgt, wie erwähnt, bei völliger Erwerbsunfähigkeit zwei Drittel des Lohnes, gewöhnlich unter Annahme von 300 Arbeitstagen.

Eine Aenderung findet nur dann statt, wenn der durchschnittliche Tageslohn 4 Mark übersteigt, insofern dann der Ueberschuss nur mit dem Dritteltheil berechnet wird, oder wenn der wirklich verdiente Tageslohn den von der Aufsichtsbehörde festgestellten Durchschnittslohn eines vöthlichen Tagearbeiters nicht erreicht, in diesem Falle auf diesen gehoben werden muss.

Es ist daher durchaus nicht unlogisch, wenn ein gewerblicher Un-  
-Verletzter infolge wiederholter Unfälle über 100 pCt. Rente bekommt. Denn die vor dem ersten Unfall oder jedem neuen vorhandene Erwerbsverminderung fand ja schon ihren Ausdruck in dem geringeren wirklich verdienten Lohn, die namentlich bei Accordarbeitern sich bemerkbar machen wird, während beim Tagelohn vom Unternehmer aus anderen Gründen öfters ein Abzug unterlassen wird.

Anders liegt die Sache bei ländlichen Arbeitern. Hier wird das Recht stets der ortsübliche Tagelohn zu Grunde gelegt, da oft der

verdienst bezuglich des Ueberschusses nur zu  $\frac{1}{3}$  in A.  
Für höher besoldete zur Unfallversicherung zugelassene  
oder Unternehmer gilt dasselbe; im Uebrigen bestehen  
besondere statutarische Bestimmungen, die jede Geno:  
festsetzt. Die Rentenhöhe darf nur geändert werden, wenn  
Zustande des Verletzten gegenüber demjenigen, wegen  
Rentenfestsetzung zu Grunde gelegt war, wesentlich  
eingetreten sind.

Diese Veränderungen hat eigentlich der Verletzte  
doch überzeugen sich die Berufsgenossenschaften ;  
periodische Nachuntersuchungen selbst vom Stand der  
sich die Rentenempfänger dieser Controle dauernd oder  
ziehen, dürfen die Berufsgenossenschaften den für den  
ungünstigsten Schluss ziehen.

Die Rente ist nicht verpfändbar.

#### 7. Anderwärtige Rechte sowie Pflichten der versicherten

Die Arbeiter sind verpflichtet ihre Rentenansprüche  
der Verjährung spätestens innerhalb von 2 Jahren anzu-

Wenn darüber Unsicherheit herrscht, bei welcher  
schaft dies zu geschehen hat, so haben sie ihren Ansprüchen  
ständigen niederen Verwaltungsbehörde anzuzeigen (Polizei-  
Landrathsamt, Magistrat) und steht ihnen gegen deren  
Recht der Berufung an das Reichsversicherungsamt  
etwaige Berufungen über Rentenablehnung oder Rente  
der Berufsgenossenschaft an das zuständige Schiedsgericht

Gegen dessen Entscheidung steht dem Unfallverletzten  
an das Reichsversicherungsamt oder die in dieser I

**Ferner haben die Arbeiter das Recht Vertreter zu den Unfalluntersuchungen zu stellen ebenso wie an der Berathung und Beschliessung über die Unfallverhütungsvorschriften durch Vertreter Theil zu nehmen.**

**b) Der Schadenersatz bei Todesfällen Unfallverletzter.**

**Bei Todesfällen Unfallverletzter tritt die Schadenersatzpflicht der Berufsgenossenschaften sofort ein und besteht**

- 1. in einem Schadenersatz für die Beerdigungskosten, der das zwanzigfache des für den Arbeitstag ermittelten Verdienstes, jedoch mindestens 30 Mark beträgt.**
- 2. in einer den Hinterbliebenen des Getödteten vom Todestage an zu gewährenden Rente.**

**Diese beträgt:**

- a) für die Wittve des Getödteten bis zu deren Tode oder Wiederverheirathung 20 pCt., für jedes hinterbliebene vaterlose Kind bis zu dessen zurückgelegten fünfzehnten Lebensjahre 15 pCt. und, wenn das Kind auch mutterlos ist oder wird, 20 pCt. des Arbeitsverdienstes. Die Renten der Wittwen und der Kinder dürfen zusammen 60 pCt. des Arbeitsverdienstes nicht übersteigen; ergiebt sich ein höherer Betrag, so werden die einzelnen Renten in gleichem Verhältnisse gekürzt.

Im Falle der Wiederverheirathung erhält die Wittve den dreifachen Betrag ihrer Jahresrente als Abfindung. Der Anspruch der Wittve ist ausgeschlossen, wenn die Ehe erst nach dem Unfall geschlossen worden ist;

- b) für Ascendenten des Verstorbenen, wenn dieser ihr einziger Ernährer war, für die Zeit bis zu ihrem Tode oder bis zum Wegfall der Bedürftigkeit 20 pCt. des Arbeitsverdienstes.

Die Hinterbliebenen eines Ausländers, welche zur Zeit des Unfalles nicht im Inlande wohnten, haben keinen Anspruch auf die Rente; verlassen sie aber nach dem Unfall erst das Inland, so bleibt ihr Anspruch unberührt.

Nur bei den im Baugewerbe und bei Regierungsbauten beschäftigten Arbeitern kann die Zahlung der Rente an die Hinterbliebenen eingestellt werden, wenn dieselben nicht im Inlande wohnen.

Uneheliche Kinder eines getödteten männlichen Arbeiters haben keinen Anspruch auf Hinterbliebenenrente, wohl aber uneheliche Kinder getödteter Arbeiterinnen.

**Verhältniss der Berufsgenossenschaften und Unfallsgerichte zu Arbeitgeberern und Arbeitnehmern und Behörden.**

**Die Arbeitnehmer haben den Berufsgenossenschaften gegenüber die Verpflichtung der Anmeldung der Betriebe und der Aenderung in diesen, wie die Verpflichtung der Anmeldung aller Betriebsunfälle binnen vier Tagen.**

**Ausserdem haben sie den von den Genossenschaften erlassenen Unfallverhütungsvorschriften, vorausgesetzt, dass diese die Genehmigung**

des Reichsversicherungsamtes erlangten, Folge zu leisten, auch zu dulden, dass Vertreter der Genossenschaften die Innehaltung der Unfallversicherungsvorschriften bei den Betrieben überwachen. Die Berufsgenossenschaften sowie die Schiedsgerichte und das Reichsversicherungsamt haben das Recht, zur Aufklärung von Unfällen und anderweitigen bei der Rentenfestsetzung wichtigen Verhältnissen Auskunft von den Behörden zu erbitten, die ihnen gebühren- und stempelfrei gewährt werden muss.

#### **D. Die durch Ausführung der Unfallgesetzgebung entstehenden Kosten.**

Die Kosten, welche die Ausführung des Unfallgesetzes erfordert, tragen fast ausschliesslich die Berufsgenossenschaften und werden die Beiträge, welche die einzelnen Betriebsunternehmer zu leisten haben, jährlich festgestellt, also die Kosten durch Umlageverfahren gedeckt.

Die Renten und Kosten des Heilverfahrens werden von der Reichspost ein Jahr lang zinsfrei vorgeschossen und kostenlos ausgezahlt. Neben diesem indirecten Zuschuss trägt das Reich die Kosten für das Reichsversicherungsamt, bezw. die einzelnen Staaten die für die Landesversicherungsämter.

Da während der ersten Jahre die Belastung der Betriebsunternehmer eine verhältnissmässig geringe ist und nur allmähig mit der Zahl der dauernden Rentenempfänger wächst, ist für die ersten Jahre ein höherer Beitrag vorgesehen, als er eigentlich den gehaltenen Ausgaben entspricht. Das vereinnahmte Mehr wird zur Ansammlung eines Reservefonds bestimmt, dessen Zinsen nach elf Jahren dem Reservefond so lange zugeschlagen werden, bis dieser den doppelten Jahresbedarf erreicht hat. Dann können die Zinsen erst zur Erleichterung der Jahresausgaben verwendet werden. Ausnahmen kann das Reichsversicherungsamt gestatten.

Die Arbeitgeber tragen nur zum Theil indirect zu den Kosten bei, welche die Ausführung des Unfallgesetzes verursacht, nämlich insofern als die dem Krankenversicherungszwang unterworfenen oder freiwillig sich unterziehenden Arbeiter zu den Kosten der Krankenkasse beisteuern müssen, die ja ihrerseits wieder für die ersten 13 Wochen bei Unfällen eintritt. Hierdurch haben nach v. Woedtke die Arbeiter kaum 11 pCt. der gesammten, durch Betriebsunfälle hervorgerufenen finanziellen Belastung zu tragen.

Eine etwas höhere Belastung dürfte bei den kleinen ländlichen gegen Unfälle versicherten Besitzern herauskommen, insofern sie in keiner Krankenkasse sind, also die ersten 13 Wochen nichts von der Unfallversicherung haben. Da die landwirthschaftlichen Berufsgenossenschaften aber grösstentheils ihr Umlageverfahren so geregelt haben, dass sie einen Zuschlag zur Grundsteuer erheben und andererseits die Grundsteuer nur bis 50 Pfg. abwärts erhoben wird, so tragen diese wirth-

haftlich schwachen, kleinen Grundbesitzer zu den Kosten der Unfallversicherung gar nichts bei, geniessen ihre Vortheile aber auch freilich st von der 14. Woche ab.

#### V. Besprechung der gegen das Unfallversicherungsgesetz in seiner jetzigen Gestalt erhobenen Einwände.

Die hervorragende Bedeutung des Unfallversicherungsgesetzes im instigen Sinne ist schon S. 23 hervorgehoben worden.

Es ist nothwendig auch mit einigen Worten der Klagen zu gedenken, welche über die Unzulänglichkeit desselben laut geworden sind. Es erstrecken sich im Grossen und Ganzen auf drei Punkte. Einmal wird aus der Mitte der Arbeiter hervorgehoben, dass die Entschädigung in wirklicher Noth zu gering sei, da nur  $\frac{2}{3}$  des Arbeitsverdienstes als höchste Entschädigung gewährt werden, während z. B. die höchste Aaltspension drei Viertel des Gehalts betrage. Ueber die Berechtigung dieser Bemängelung zu urtheilen steht dem Arzte als solchem kein Recht zu, nur soll hier darauf hingewiesen werden, dass kein Staat, der Unfall- oder Haftpflichtgesetz hat, den vollen früheren Arbeitsverdienst entschädigt. Andererseits muss zugegeben werden, dass bei der landwirthschaftlichen Berufsgenossenschaft, bei welcher der von den Behörden festgesetzte Durchschnittstageslohn der Rentenberechnung zu Grunde gelegt wird, im Allgemeinen recht geringe Summen, manchmal als Vollrente nur 200 Mark, herauskommen. Das beträgt bei 10 pCt. Rente monatlich M. 1,50. Ob das noch als eine nennenswerthe Unterstützung gefasst werden kann, mag dahingestellt bleiben, ebenso ob es sich einer derartigen Geringfügigkeit der Entschädigung lohnt, hier und da den ganzen Apparat der Entschädigungsfeststellung, des schiedsgerichtlichen Verfahrens und des Rekurses vor den Landversicherungsämtern oder dem Reichsversicherungsamt in Bewegung zu setzen und Kosten zu verursachen, die häufig genug das Vielfache einer Jahresrente ausmachen.

In dem leider nicht zur Berathung gelangten Entwurf einer Aenderung des Unfallversicherungsgesetzes vom Jahre 1897 war vorgesehen: bei derartig kleinen wirthschaftlichen Schädigungen eine einmalige Entschädigungssumme zu zahlen.

Schade, dass dieser Gedanke mit dem ganzen Entwurf nicht zur Ausführung gelangt ist!

Jedenfalls muss vom ärztlichen Standpunkt aus betont werden, dass das Herabgehen der Vollrente unter den ermittelten Arbeitsverdienst ein geeignetes Mittel gewesen ist — falls die Gesetzgeber ein solches in der That erblickt haben — die Rentenbegehrlichkeit und daraus hervorgehende Uebertreibungssucht der Unfallverletzten einzuschränken. Damit berühren wir die zweite, hauptsächlich von den Unternehmern ausgehende Klage berührt, die der Uebertreibung und Simulation der Unfallverletzten.

Ich glaube, diese Klagen sind selbst etwas übertrieben und insofern zwecklos, als dieselben nicht ganz abzustellen sind.

Die eigentliche Simulation ist, darüber herrscht unter erfahrenen Aerzten Einigkeit, überaus selten, ebenso selten, wie die Uebertreibungssucht häufig ist.

Das ist eine allgemeine menschliche Schwäche, die keineswegs dem Arbeiter allein anhaftet. Mir sind wenigstens die Arbeiter in dieser Beziehung weit lieber als die viel zäheren, raffinirten Mitglieder der besseren Stände, welche sich in Privatunfallversicherungen befinden. Niemand, weder der arme Arbeiter, noch der vermögende Kaufmann, will der Berufsgenossenschaft oder der Versicherungsgesellschaft etwas von den Leistungen erlassen, die ihm nach seiner Meinung gebühren.

Die meisten Versicherten suchen vielmehr ihre Versicherungsgesellschaft zu möglichst hohen Leistungen heranzuziehen und dieser ihre Leiden möglichst lebhaft und übertrieben zu schildern.

Auswüchsen in dieser Beziehung, die ja leider nicht gelehrt werden können, ist nur dauernd wirksam zu begegnen durch die peinlichste Gerechtigkeit und das wohl erwogene gleichartige Urtheil, vor allen der ärztlichen, dann aber auch der in den Berufsgenossenschaftsvorständen gegebenen technischen Sachverständigen und der Unfallgerichte. Meiner in meinem Handbuch der Unfallerkrankungen des Näheren ausgeführten Ansicht nach liegt der Schwerpunkt in dem gleichmässigen streng sachlichen und gerechten Urtheil der zur Begutachtung der Unfallverletzten berufenen Aerzte, denen daher das Studium der Unfallerkrankungen eindringlichst ans Herz gelegt werden muss.

Das dritte, nicht nur vermeintliche, sondern wirkliche, meiner Ansicht nach sogar einzige wirkliche Uebel an unserer Unfallgesetzgebung ist die 13 wöchentliche Carenzzeit.

In den ersten Entwürfen war nur eine vierwöchentliche vorgesehen und Oesterreich z. B. hat auch nur diese Carenzfrist.

Dass eine Carenzzeit bei Unfallversicherten, welche sich in keiner Krankenkasse befinden, etwas Unbegreifliches ist, dürfte wohl Niemand bestreiten. Eine Privatunfall-Versicherungsgesellschaft, die erst nach 13 Wochen dem Versicherten Schadenersatz leisten wollte, würde wohl überhaupt keinen Zuspruch haben, sondern sich nur dem Fluch der Lächerlichkeit aussetzen.

Und elf Millionen der Unfallversicherten sind dem Krankenversicherungszwange nicht unterworfen. Wenn nun wirklich auch noch ein Theil dieser elf Millionen sich in Gemeinde-Krankenversicherungen befindet oder gleichwerthige — wie wir gesehen haben geringere als von den gewerblichen Krankenkassen geleistete — Unterstützungen von den Gemeinden selbst erhält (ländliche Arbeiter), so bleibt doch ein grosser Theil Unfallversicherter, besonders die kleinen ländlichen Besitzer, übrig, um die sich in den ersten 13 Wochen Niemand bekümmert.

Aber gerade in diesen ersten schweren 13 Wochen, in denen der Verletzte mit seinen gebrochenen und verletzten Gliedern doch nichts in der Wirthschaft leisten konnte, wäre er gern in ein Krankenhaus, in die Klinik u. s. w. gegangen.

Jetzt, nachdem er sich durch diese schwerste Zeit selbst durchgeholfen hat und mit den verheilten, wenn auch versteiften Gliedern, so ist es, dass er doch etwas wieder in seiner Wirthschaft leisten kann, wird er seiner Thätigkeit entrissen und oft weit weg von den Seinen in ein Krankenhaus, ein medico-mechanisches Institut u. s. w. gebracht; einem Augenblick, wo er durch die erhoffte Rente, die in den ersten Wochen durch das Heilverfahren ihm erwachsenen, ihn häufig noch als huldvollen belastenden Kosten allmählig zu decken gedenkt, da schafft man ihn in ein solches Institut, welches er nicht als ein Heilinstitut, sondern als eine Rentenquetsche ansieht.

„Als es mir schlecht ging, da habt ihr mir nicht geholfen, jetzt sollt ihr meine steifen Gelenke nicht aus Menschenliebe bessern und beweglich machen, sondern nur um Rente zu sparen.“

Wer will es diesen meist beschränkten Leuten verdenken, wenn sie solche Gedanken ausspinnen? Sie müssen auf dieselben kommen!

Und nun bedenke man den wirklichen Schaden sowohl der Verletzten, als auch der Genossenschaften, welcher dadurch zu Stande kommt, dass diese meist unbemittelten kleinen ländlichen Besitzer sich im besten Willen in den ersten 13 Wochen nicht die sachgemäße ärztliche Hilfe verschaffen können und meist — aus wirklich materieller Noth — nicht zum Arzt, sondern zum Schäfer gehen, in dieser ersten Handlungszeit, die stets entscheidend für den Ausgang ist. Die Heilungsergebnisse, welche da manchmal nach 13 Wochen vorliegen, müssen gesehen haben, um sie zu glauben.

Es ist ja auch ganz klar, dass die Carenzzeit von dieser langen Dauer gar nicht den Gesetzgebern hätte in den Sinn kommen können, wenn das Unfallversicherungsgesetz vor dem Krankenversicherungsgesetz oder wenigstens, wenn es von der Regierung beabsichtigt war, gleichzeitig mit demselben, zu Stande gekommen wäre. — Dieselbe Commission hatte beide Entwürfe überwiesen bekommen, aber nur den demnächst Gesetz gewordenen Entwurf zum Krankenversicherungsgesetz fertig gestellt. Sie hatte auf diesen Entwurf sehr viel Zeit verwendet und kam erst spät dazu, in die Rathung des Unfallversicherungsgesetzes zu treten, so dass Kaiser Wilhelm I. in seiner Botschaft vom 14. April 1883 klagend ausrief:

„Mit Sorge erfüllt es uns, dass die principiell wichtigere Angelegenheit für die Unfallversicherung bisher nicht weiter gedankelt ist.“

Und von Woedtke sagt in seiner vortrefflichen Einleitung zum Unfallversicherungsgesetz:

„So war denn auf dem Gebiete der Unfallversicherung Nichts erreicht worden, als dass in Folge des Krankenversicherungsgesetzes von 1883 am 1. December 1884 festgesetzten Zeitpunkt des Inkraft-



zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern gerade haupt-  
sächlich, für alle die Unfälle nämlich, welche den Tod  
als 13 Wochen dauernde gänzliche oder theilweise  
zur Folge haben.“

Hierin liegt die Erklärung für die ganze Unfallge-  
setzgebung haben überhaupt nur, abgesehen von den  
nach 13 Wochen eintretenden Folgen im Sinne gehabt, *„*  
hypnotisirt“ geschaut. Für die ersten 13 Wochen  
Kassen gesorgt, und diese Zeit wurde daher ganz ausse-  
Es wurde eben ein Stockwerk auf diese 13 wöchentliche  
das Krankenversicherungsgesetz gebaute Etage aufge-  
II. Etage „Unfallversicherungsgesetz“ benannt und  
dieses zweite Stockwerk allein gebaut, also a  
wirthschaftlichen Unfallgesetz, wo es gar kein erstes S  
kenversicherungsgesetz) gab.

Das landwirthschaftliche Unfallgesetz ist  
schloss und wird und muss logischer Weise i  
Form zusammenbrechen, oder der völlig in d  
bende Bau muss eine Stütze bekommen, d. h.  
ländlichen Unfallversicherten muss innerhalb  
13 Wochen in irgend einer Weise gesorgt werde

Aber auch das gewerbliche Unfallgesetz stellt m  
versicherungsgesetz zusammen keinen einheitlichen orga-  
sondern, um beim Bild des Baues zu bleiben, ein zw  
denes, ursprünglich nur einstöckig gedachtes Gebäud  
die Krankenkasse und oben die Berufsgenossenschaft,  
blicke ist Streit zwischen den beiden Miethsparteien, v

Die Sache nicht zu Recht macht, so will ich die Centralheizung so einrichten, dass Du Dein Theil allein übernehmen kannst, und wenn Dir die unteren den Flur und die Treppe nicht genügend beleuchten und beheizen, so kannst Du Dir das allein besorgen. § 76c der Novelle zum Krankenversicherungsgesetz: Die Berufsgenossenschaften können das Heilverfahren schon vor Ablauf der ersten Wochen übernehmen.

Das geht eine Zeit lang auch ganz gut, schliesslich erklärt aber die obere Partei, nun möchten die unten schon gar nichts mehr machen, den Flur unten benutzen sie doch gerade so gut wie ich, die Hälfte der Heizungs- und Beleuchtungskosten müssen sie mir wenigstens ersetzen u. s. w. Wird in diesem gemeinschaftlich bewohnten Hause je Ruhe und Frieden eintreten? Nein, Niemals!

Daran ist durchaus aber nicht die Streitsucht der Parteien, sondern die verkehrte Einrichtung schuld.

Die Berufsgenossenschaften klagen, dass die Krankenkassen die Behandlung der Kranken nicht intensiv genug vornehmen, nicht genug an funktionelle, sondern nur an die nothdürftige anatomische Heilung denken, nur darauf bedacht seien, die Kranken möglichst rasch wieder gesund zu schreiben. Dann gingen die Kranken nothdürftig geheilt zur Arbeit, und die eben nothdürftig geheilten Glieder entzündeten sich wieder. Ihre berufsgenossenschaftliche Behandlung wäre eine ganz andere, bessere, intensivere, wie die kassenärztliche.

Die Krankenkasse sagt wieder, wie komme ich dazu besonders die funktionelle Heilung anzustreben, die Kranken in theure medico-mechanische Institute zu bringen? Das liegt doch nur im Interesse der Berufsgenossenschaft.

Einsichtsvolle Berufsgenossenschaften machen denn auch ausgiebigen Gebrauch von § 76c, klagen dann aber wieder, dass die Krankenkassen Schwierigkeiten mit der Zahlung des ihnen zukommenden Antheils machen und den Berufsgenossenschaften nun Alles aufpacken möchten.

Kurz und gut Friede wird zwischen diesen beiden Miethsparteien eintreten.

Diese auf zwei Schultern vertheilte Fürsorge für den Verletzten ist ein Übelstand, unter dem nur der Verletzte leidet. Die Folge dieser Zweitheilung ist auch eine Zweitheilung in der Behandlung. Es giebt nämlich weder eine kassenärztliche, noch eine berufsgenossenschaftliche Behandlung, sondern nur eine ärztliche Behandlung, daher der Streit ein müssiger, welche besser und intensiver sei, ein Streit, der bekanntlich in Berlin besonders barbare Formen angenommen hat.

Es ist und bleibt etwas Unnatürliches, wenn bei einem Verletzten, es ja fast immer geschieht, nach 13 Wochen ein Wechsel in der Person des behandelnden Arztes und Krankenhauses eintritt. In den meisten Fällen betrachtet der Verletzte den zweiten behandelnden Arzt, gewöhnlich der Leiter eines mit irgend einer Art medico-mecha-

nischen Instituts verbundenen Krankenhauses ist, nicht als seinen Wohlthäter, sondern als den im Solde der Berufsgenossenschaften stehenden Rentenverkürzer. Nur den Arzt achtet und schätzt er als seinen natürlichen Wohlthäter, der ihm von Anfang an bei seiner schmerzhaften Erkrankung Hilfe geleistet hat, zu einer Zeit, wo jedem Verletzten die Gesundheit als das köstlichste Gut, und ein verstümmeltes und versteiftes Glied als ein schreckliches Leiden erscheint. Wenn er erst nach 13 Wochen sich an das steife Bein und den steifen Arm gewöhnt hat und gesehen, dass es zur Noth auch damit geht, namentlich wenn ihm noch eine Rente als Zuschuss winkt, oder er gar schon im Besitz einer solchen gewesen ist, dann erscheint auch ihm, wie dem vorher überhaupt nicht kassenärztlich behandelten ländlichen Unfallversicherten die neue Anstalt, in die er wandern muss, nicht als Heilanstalt, sondern als Rentenquetsche.

Die Behandlung muss also in einer Hand bleiben und von vornherein so eingerichtet sein, dass nicht nur die anatomische, sondern auch die functionelle Heilung mit allen möglichen Mitteln und trotz aller Kosten erstrebt wird, und der Kranke nicht eher aus der Behandlung entlassen und in den Genuss der etwa nöthig gewordenen Rente gesetzt wird, bis eben der beste Heileffect erreicht ist.

Wenn erst alle Krankenhäuser und Aerzte, wie es nach den jetzt bemerkbaren Anläufen hierzu zu hoffen ist, darauf eingerichtet und eingeschult sind, dann könnte natürlich ebenso gut der Krankenkassenarzt wie der Vertrauensarzt der Berufsgenossenschaft die Behandlungen leiten. Es müsste es eben aber nur einer von beiden sein und nicht beide nach einander.

Das einzig Logische wäre es natürlich, wenn die Berufsgenossenschaft, die für die Folgen der Behandlung aufkommt, auch für die Kosten der Behandlung eintreten, also auch diese von vornherein übernehmen müsste, wenn also die facultativ schon durchbrochene Carenzzeit gesetzlich gänzlich beseitigt würde.

Die Bedenken gegen die Beseitigung der Carenzzeit, welche hauptsächlich von den Berufsgenossenschaften erhoben werden, fallen ganz über den schweren im Vorgehenden nur angedeuteten materiellen und moralischen Missständen, welche lediglich als Folge des Bestehens der Carenzzeit aufzufassen sind, gar nicht ins Gewicht.

Die Einwände gegen die Beseitigung der Carenzzeit gehen darauf hinaus, dass die meisten Unfälle doch in den ersten 13 Wochen erledigt würden und daher nach wie vor von den Krankenkassen abgemacht werden könnten. Sie würden die Berufsgenossenschaften nur unnütz materiell und mit Schreibern belasten. Ferner wird befürchtet, dass der Wegfall der Carenzzeit auch die berufsgenossenschaftliche Organisation vernichten würde, da sie zu localer Controle, welche die primäre Behandlung aller Fälle doch erfordere, nicht geeignet sei.

Ferner könnten doch die Arbeiter durch die Krankenkasse auch

den Kosten der Unfallversicherung beitragen, da zwar die er in der Haftpflicht durch das Unfallgesetz entlastet seien, auch die durch Unvorsichtigkeit, Leichtsinn und Trunkenheit verschuldeten Unfälle mit entschädigen müssten.

letztere muss zugegeben werden. Wenn aber die Krankenkassen Unfälle los werden, dann brauchten die Arbeiter weniger Beiträge zu zahlen und könnten ruhig direct etwas zur Unfallversicherung beitragen.

aber die Befürchtung der Vernichtung der berufsgenossenschaftlichen Organisation anlangt, so ist sie einmal wohl unbegründet, da ja nach dem § 76c noch keine Schädigung dieser anerkannt

functionirenden Organisation bemerkt worden ist und — h, bei aller Hochachtung vor der berufsgenossenschaftlichen Organisation, ist diese doch nicht Hauptzweck der Unfallversicherungsgesetzgebung.

er gilt auch für das gewerbliche Unfallversicherungsgesetz der gleiche canonische Spruch: *ceterum censeo, tempus carens endum.*

# Specielle Krankenversorgung.

## I. Für Arbeiter.

### 3. Bei Invalidität und im Alter.

Von

Dr. **Pielicke** in Gütergotz.

Die grossartige Entwicklung und Bedeutung der Industrie in unserem Jahrhundert haben eine vollständige Umwandlung der socialpolitischen Verhältnisse in den meisten europäischen und aussereuropäischen Kulturstaaen zur Folge gehabt. Die Bevölkerung theilte sich im Wesentlichen in zwei Klassen, in die der Arbeitgeber und die grössere der Arbeitnehmer. Erstere arbeiten mit ihrer Intelligenz und ihrem Kapital, letztere hauptsächlich mit ihrer körperlichen Arbeitskraft. Der Kampf um den Wettbewerb hatte bald die äusserste Anspannung aller Kräfte zur Folge und damit natürlicherweise auch schwere Schädigungen der social schwächeren Klasse, der Arbeitnehmer. Diese Schäden traten zuerst ans Tageslicht in der Frauen- und Kinderarbeit. Deshalb sahen sich schon bald nach dem ersten Aufschwung der Industrie die Regierungen der verschiedensten Staaten genöthigt, im Interesse ihrer selbst, der Erhaltung des Familienlebens und der heranwachsenden Generation Verordnungen zum körperlichen und geistigen Schutze dieser Schwächsten der Schwachen zu treffen. Diesbezügliche Gesetze und Verordnungen wurden in den meisten Kulturstaaen gegeben; sie sind als die ersten Anfänge der modernen Socialpolitik aufzufassen. Ihnen folgten, wenigstens in unserem Vaterlande, die Bestimmungen der Gewerbeordnung über die gesundheitliche Einrichtung und Anlage von Fabriken, über Arbeitszeit und Arbeitsdauer. Leider sind diese Bestimmungen zu allgemein gehalten, daher zu leicht zu umgehen und wenig wirkungsvoll.

Die Scheidung der einzelnen Bevölkerungsklassen in Arbeitgeber und Arbeitnehmer blieb nicht auf die Industrie allein beschränkt. sondern ergriff immer weitere Kreise. Auf jedem Gebiete, in dem Baugewerbe, in der Land- und Forstwirtschaft, kurz in fast allen Zweigen

schlicher Thätigkeit wurden die Missstände offenbar, welche das unchuldete Unglück der social schwächeren Klasse zur Folge hatte. ch langdauernde Krankheiten, die Folgen von Unfällen, durch Inva-ät und schliesslich im Alter gerieth der Arbeiter oft mit seiner enpflege meist nur in völlig unzureichender Weise gelindert werden nte. In Deutschland zuerst hatte man an maassgebender Stelle einühlendes Herz für diese Zustände; nicht nur ein mitfühlendes Herz, dern auch den thatkräftigen Willen, das Elend und die Noth zu miln und zu bessern. Kaiser Wilhelm I. verkündete am 17. November 41 Folgendes:

„Wir halten es für Unsere Kaiserliche Pflicht, dem Reichstage diese fgabe (die positive Förderung des Wohles der Arbeiter) von Neuem Herz zu legen, und würden Wir mit um so grösserer Befriedigung alle Erfolge, mit denen Gott Unsere Regierung sichtlich gesegnet , zurückblicken, wenn es Uns gelänge, dereinst das Bewusstsein mit-ehmen, dem Vaterlande neue und dauernde Bürgschaften seines ren Friedens und den Hilfsbedürftigen grössere Sicherheit und Er-igkeit des Beistandes, auf den sie Anspruch haben, zu hinterlassen. Unseren darauf gerichteten Bestrebungen sind Wir der Zustimmung r verbündeten Regierungen gewiss und vertrauen auf die Unter-zung des Reichstages ohne Unterschied der Parteistellungen.

In diesem Sinne wird zunächst der von den verbündeten Re-ungen in der vorigen Session vorgelegte Entwurf eines Gesetzes über Versicherung der Arbeiter gegen Betriebsunfälle mit Rücksicht auf im Reichstage stattgehabten Verhandlungen über denselben einer arbeitung unterzogen, um die erneute Berathung desselben vorzubee-n. Ergänzend wird ihm eine Vorlage zur Seite treten, welche sich e gleichmässige Organisation des gewerblichen Krankenkassenwesens Aufgabe stellt. Aber auch diejenigen, welche durch Alter und In-idityt erwerbsunfähig werden, haben der Gesamtheit gegenüber einen ründeten Anspruch auf ein höheres Maass staatlicher Fürsorge, als en bisher hat zu Theil werden können.“

Nach dem Ableben Kaiser Wilhelm I. legte Kaiser Friedrich im ril 1888 den „Gesetzesentwurf über die Alters- und Invalidenversiche-g der Arbeiter“ dem Bundesrathe vor. Kaiser Wilhelm II. kündigte r Gesetzesentwurf am 22. November 1888 dem Reichstage mit folgen- Worten an:

„Als ein theures Vermächtniss Meines in Gott ruhenden Herrn essvaters habe ich die Aufgabe übernommen, die von ihm begonnene ialpolitische Gesetzgebung fortzuführen. Ich gebe mich der Hoffnung t hin, dass durch gesetzgeberische Maassnahmen die Noth der Zeit l das menschliche Elend sich aus der Welt schaffen lassen, aber Ich ehte es doch für eine Aufgabe der Staatsgewalt, auf die Linderung andener wirthschaftlicher Bedrängnisse nach Kräften hinzuwirken l durch *organische Einrichtungen* die Bethätigung der auf dem Boden

des Christenthums erwachsenen Nächstenliebe als eine Pflicht der staatlichen Gesamtheit zur Anerkennung zu bringen.“

Der Gesetzentwurf wurde im Juli 1888 veröffentlicht und der allgemeinen Kritik unterbreitet. Nachdem er dann noch einmal vom Bundesrathe durchgearbeitet worden war, wurde er mit einer Denkschrift, welche die mathematischen und statistischen Grundlagen und Tabellen enthielt, dem Reichstage vorgelegt. Dieser überwies ihn einer Commission von 28 Mitgliedern unter dem Vorsitze des verstorbenen Abgeordneten Frhr. von und zu Frankenstein. Mitglieder dieser Commission waren hauptsächlich Abgeordnete, welche schon bei der Berathung über die Kranken- und Unfallversicherung mitgewirkt hatten. Nach vielfachen Debatten, Erklärungen und Gegenerklärungen in der Presse und seitens grösserer Interessengemeinschaften, wie der der Industriellen, Kaufleute und Landwirthe, wurde das Gesetz am 24. Mai 1889 in der 3. Lesung mit einer Majorität von 20 Stimmen im Reichstage angenommen. Der Bundesrath stimmte zu und Kaiser Wilhelm II. vollzog das „Gesetz, betreffend die Invaliditäts- und Altersversicherung vom 22. Juni 1889“. Es wurde am 1. Januar 1891 in Kraft gesetzt.

Dies Gesetz ist das letzte der drei grossen socialpolitischen Gesetze des Deutschen Reiches. Das Krankenversicherungsgesetz trifft Fürsorge für Fälle vorübergehender Krankheit; die Unfallversicherung sorgt für die Arbeiter, welche durch Unfälle im Betriebe erwerbsunfähig werden, und für ihre Hinterbliebenen; die Invaliditäts- und Altersversicherung gewährt den infolge von Krankheit, Siechthum und Unfällen ausserhalb der Betriebe erwerbsunfähigen Arbeitern eine dauernde Rente, ausserdem auch denen, die das 70. Lebensjahr vollendet haben.

Mit der Vollendung dieser drei Gesetze hat Deutschland die Führung in der socialpolitischen Gesetzgebung unter allen Culturstaaten übernommen. Speciell in der Invaliditäts- und Altersversicherung sind jene weit zurückgeblieben. Nur Dänemark hat seit dem Jahre 1891 ein Altersversorgungsgesetz für alle über 60 Jahre alten Personen, die in den letzten 10 Jahren keinerlei Armenunterstützung bezogen haben. Die Kosten dieses Gesetzes werden theils von der zuständigen Gemeinde, theils vom Staate getragen; der Versorgungsberechtigte oder der Arbeitgeber hat keinerlei Beiträge zu leisten. Rumänien hat seit dem Jahre 1895 eine Zwangs-Versicherung für die Bergbauarbeiter gegen Krankheit und Invalidität, Unfall und für Wittwen- und Waisenversorgung.

In Belgien besteht schon seit 1850 unter staatlicher Leitung und Garantie die *caisse générale de retraite* zur Sicherung von Leibrenten. Diese Kasse wurde 1869 verbunden mit den staatlichen Sparkassen zu der *caisse générale d'épargne et de retraite*. Doch ist wegen des fehlenden gesetzlichen Zwanges die Zahl der Versicherten eine nur geringe, der allgemeine Erfolg daher sehr unbedeutend. Deshalb ist man auch hier zu der Einsicht gekommen, die allgemeine Versicherung nicht der Initiative des einzelnen Individuums zu überlassen, sondern durch die staatliche Gesetzgebung einen allgemeinen Versicherungszwang zu

affen. Ebenso sind in Oesterreich, in der Schweiz, Frankreich, in den Niederlanden und in Schweden seit einigen Jahren die Vorarbeiten einer staatlichen Invaliditäts- und Altersversicherung im Gange. In diesen Ländern sind sogar seit dem Jahre 1881 im Ganzen vier verschiedene Gesetzesentwürfe vorgelegt worden, bis endlich die Bildung eines „nationalen Pensionsfonds“ am 17. Juli 1898 durchging. Dieses Gesetz gewährt den Arbeitern die Möglichkeit, sich nach fünfjähriger Beitragszeit eine Invalidenrente und nach 25 Jahren eine Altersrente zu sichern, undserdem können auch im Todesfalle die eingezahlten Beiträge an die Familienangehörigen zurückerstattet werden. Die Versicherung ist nicht obligatorisch, die Gelder werden beigebracht durch die Jahresbeiträge der Arbeiter (von ca. 5 Mark bis 80 Mark jährlich) und Zuschüsse des Staates, die den einzelnen Versicherten gut geschrieben werden.

In Schweden wurde im Jahre 1893 ein fertiger Gesetzesentwurf eingebracht, der grosse Aehnlichkeit mit dem unsrigen hatte, aber jetzt zurückgezogen worden ist.

Das deutsche Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetz unterwirft die Versicherungspflicht alle diejenigen Personen von ihrem 16. Lebensjahre ab, welche 1. als Lohnarbeiter, Gehülfen, Lehrlinge und Postboten, 2. als Betriebsbeamte und Handlungsgehülfen oder -Lehrlinge mit einem Jahresverdienst bis 2000 M. und 3. auf deutschen Seeschiffen und Fahrzeugen der Binnenschifffahrt in Lohn und Arbeit stehen. Als Lohn und Gehalt gelten auch Naturalbezüge; jedoch sind diejenigen nicht versicherungspflichtig, welche nur freie Verpflegung als Entgelt für ihre Thätigkeit erhalten, ebensowenig die Personen, welche nur ein verhältnissmässig geringes Taschengeld erhalten.

Im Allgemeinen betrifft die Versicherungspflicht also nur solche, welche als unselbständige Lohnarbeiter gewisse mechanische Dienstleistungen verrichten; Personen, welche infolge ihrer wissenschaftlichen oder künstlerischen Bildung in socialer Beziehung über den Stand der Postboten hinausragen, sind nicht versicherungspflichtig z. B. Erzieher, Lehrerinnen, Hausdamen, Hauslehrer etc. Auch vorübergehende Beschäftigung macht versicherungspflichtig, sofern nicht seitens des Bundesrathes ausdrücklich Ausnahmen festgesetzt sind.

Ausserdem können sich noch bestimmte Klassen freiwillig selbst versichern, sofern dieselben nicht durch Beschluss des Bundesrathes versicherungspflichtig gemacht werden.

Es sind das: 1. kleinere Betriebsunternehmer, welche nicht regelmässig wenigstens einen Lohnarbeiter beschäftigen und 2. Hausgewerbetreibende. Vorbedingung dieser Berechtigung ist erstens, dass die betreffenden noch nicht das 40. Lebensjahr vollendet haben und zweitens, dass sie nicht bereits invalide im Sinne des Gesetzes sind. Endlich können alle versicherten Personen, welche aus ihrem Versicherungsverhältnisse ausscheiden, die Versicherung freiwillig fortsetzen.

Nicht versicherungspflichtig sind alle Reichs- und Staatsbeamten,



alle Personen des Soldatenstandes, alle pensionsberechtigten Communalbeamten und schliesslich alle die, welche bereits invalide sind.

Gegenstand der Versicherung ist der Anspruch auf Invaliden- und Altersrente, ferner der Anspruch auf Rückerstattung der von den Versicherten selbst geleisteten Beiträge für weibliche Versicherte, welche sich vor Erlangung der Rente verheirathen und zweitens für die Hinterbliebenen solcher Versicherten, die vor Erlangung der Rente sterben.

Ausserdem ist eine Krankenfürsorge zugelassen für solche Versicherte, welche durch Krankheit mit vorzeitiger Invalidität bedroht sind.

Die Invalidenrente bietet einen Ersatz für die verlorene Erwerbsfähigkeit und wird gewährt jedem Versicherten ohne Rücksicht auf sein Lebensalter, welcher dauernd erwerbsunfähig oder während eines Jahres ununterbrochen erwerbsunfähig ist.

Im gesetzlichen Sinne erwerbsunfähig ist derjenige, welcher in Folge seines körperlichen und geistigen Zustandes nicht mehr im Stande ist, durch eine seinen Kräften und Fähigkeiten entsprechende Lohnarbeit etwa ein Drittel des gewöhnlichen Tagelohnes zu verdienen.

Als dauernd erwerbsunfähig gilt derjenige, welcher seine Erwerbsfähigkeit nach menschlichem Ermessen in absehbarer Zeit nicht wieder gewinnen wird.

Voraussetzung für den Anspruch auf Invalidenrente ist der Nachweis, dass der Versicherte bereits eine gewisse Wartezeit von fünf Beitragsjahren, von im Ganzen 235 Wochen, zurückgelegt hat.

In diese Beitragswochen werden Krankheits- und Militärdienstzeiten mit eingerechnet.

Ferner ist für den Anspruch auf Altersrente der Nachweis erforderlich, dass der Antragsteller bereits eine bestimmte Wartezeit von 1410 Beitragswochen hinter sich, das 70. Lebensjahr vollendet hat und nicht schon im Genuss der Invalidenrente steht.

Die Mittel zur Gewährung der Invaliden- und Altersrenten werden vom Reich, von den Arbeitgebern und den Versicherten, also den Arbeitnehmern, aufgebracht.

Das Reich leistet für jede Rente einen festen Zuschuss von 50 M. jährlich. Dieser Reichszuschuss rechtfertigt sich durch das „allgemeine Interesse des Reiches an einer möglichst normalen Gestaltung der sozialen Verhältnisse“, ferner durch die Rücksicht auf die Nothwendigkeit die Kosten, wie überall bei Zwangsinstitutionen, für die Betroffenen möglichst zu ermässigen, und schliesslich durch die Erwartung, dass durch dies Gesetz eine Entlastung der allgemeinen öffentlichen Armenpflege eintreten werde.

Ausserdem trägt das Reich die Kosten für die während der Militärdienstzeit fortfallenden Beiträge, für das Reichsversicherungsamt und die Reichspostverwaltung, durch welche die Rentenauszahlung an die Versicherten unentgeltlich erfolgt.

Die Arbeitgeber und Versicherten haben laufende, für beide Theile hohe Wochenbeiträge zu entrichten und zwar für jede Woche.

leher thatsächlich der Versicherte in Lohn und Arbeit gestanden Die Höhe der Beiträge ist so bemessen, dass durch dieselben geworden: 1. die Verwaltungskosten, 2. die Rücklagen zur Bildung Reservefonds, 3. die Auslagen, welche durch die Rückerstattung beiträgen in den oben genannten Fällen entstehen und endlich Kapitalwerth der zur Auszahlung gelangenden Renten. Ausser-ist bei der Höhe der Beiträge der Umstand in Rechnung gezogen n, dass eine gewisse Zahl von Beiträgen ausfällt, nämlich die in von Krankheit ausfallenden Wochenbeiträge; ebenso mussten die ge etwas erhöht werden, weil voraussichtlich aus der Selbstver-ang und der freiwilligen Versicherung eine gewisse Mehrbelastung arten war.

Bei der Berechnung des Kapitalwerthes der Renten ist nicht etwa apital berechnet, dessen Zinsen die Rente decken, sondern ein il, welches selbst mit seinen Zinsen zur Deckung der einzelnen der Rente verwendet wird und grundsätzlich aufgezehrt sein soll, die Zahlung der betreffenden Rente fortfällt. Das Gesetz schreibt apitaldeckungsverfahren nach Perioden vor, d. h. es wird der Ka-erth derjenigen Renten, welche in den einzelnen bestimmten Zeit-n voraussichtlich zur Auszahlung gelangen werden, bei der Be-ang der Wochenbeiträge in Betracht gezogen.

Die Festsetzung der Beitragshöhe erfolgte im Voraus auf bestimmte ume, und zwar erstmalig für den Zeitraum von 10 Jahren, und für pättere Zeit für 5jährige Perioden. Für die späteren Zeiträume die einzelnen Versicherungsanstalten anderweitige Festsetzungen r Höhe der Beiträge zu treffen, dieselben entweder zu erhöhen zu erniedrigen je nach den in der vorangegangenen Periode ge- gen ungünstigen oder günstigen Rechnungsergebnissen.

Die Berechnung über die Höhe der Wochenbeiträge war eine ganz lers schwierige, da eine Statistik über den Eintritt von Krankheit ivalidität, über das Lebensalter der Versicherten in den einzelnen lassen und über die Lohnklassen selbst nicht existirte; das Gesetz e sich erst seine Statistik selbst schaffen. Da aber die Vortheile esetzes, die Rentenzahlung, den Versicherten möglichst bald zu werden sollten, musste man die Berechnungen äusserst vorsichtig men, in zweifelhaften Fällen stets das Ungünstigere annehmen ie Beiträge daher — wenigstens für die erste 10jährige Periode - - zu hoch als zu niedrig ansetzen, weil sonst der Bestand der gan-ohlthätigen Einrichtung in Frage gestellt worden wäre.

um Zwecke der Bemessung der Beiträge und Renten wurden nach ühe des Jahresarbeitsverdienstes verschiedene Lohnklassen der herten gebildet, und zwar:

- Klasse I. mit einem Jahresverdienst bis zu 350 M.;
- Klasse II. mit einem Jahresverdienst von mehr als 350—550 M.;
- Klasse III. mit einem Jahresverdienst von mehr als 550—850 M.;
- Klasse IV. mit einem Jahresverdienst von mehr als 850 M.

Als Jahresverdienst für die Einreihung in diese 4 Lohnklassen gilt aber nicht der thatsächliche Jahresarbeitsverdienst des Versicherten, sondern der für seinen Beruf nach der Kranken- und Unfallversicherung maassgebende Durchschnittslohn, im Uebrigen aber der 300 fache Betrag des ortsüblichen Tagelohnes gewöhnlicher Tagearbeiter des Beschäftigungsortes.

Es können jedoch Arbeitgeber und Arbeitnehmer vereinbaren, dass die Versicherung in einer höheren Lohnklasse erfolgen soll, als sie sich nach den obigen Bestimmungen ergeben würde.

Nach diesen Lohnklassen sind also die Beiträge berechnet, und zwar in der Weise, dass durch die in jeder Lohnklasse aufkommenden Beiträge die Belastung gedeckt wird, welche der Versicherungsanstalt durch die auf Grund dieser Beiträge entstehenden Ansprüche voraussichtlich erwächst. Für die bei derselben Versicherungsanstalt in derselben Lohnklasse versicherten Personen können die Beiträge nach Berufszweigen verschieden bemessen werden. Es dürfen also nach Berufszweigen bestimmte Gefahrenklassen eingerichtet werden, nicht aber in Rücksicht auf Lebensalter, Kränklichkeit oder Geschlecht.

Die Höhe der Beiträge in der ersten zehnjährigen Beitragsperiode ist nach den ausgeführten versicherungstechnischen Grundsätzen und Berechnungen:

		für die	I. Lohnklasse	14 Pfennig
"	"	II.	"	20 "
"	"	III.	"	24 "
"	"	IV.	"	30 "

etwaige Ueberschüsse oder Ausfälle sind, wie oben gesagt, in der folgenden Beitragsperiode durch Aenderung der Betragshöhe zur Ausgleichung zu bringen.

Zum Zwecke der Erhebung der Beiträge werden von jeder Versicherungsanstalt für die einzelnen Lohnklassen Marken mit der Bezeichnung ihres Geldwerthes ausgegeben.

Diese Marken sind bei allen Postanstalten des Bezirks und anderen von den Versicherungsanstalten eingerichteten Verkaufsstellen gegen Erlegung des Nennwerthes käuflich. Das Beibringen der Marken liegt in der Regel dem Arbeitgeber ob; in gewissen Fällen, je nach den örtlichen Verhältnissen, kann diese Thätigkeit auch von Krankenkassen oder besonderen Hebestellen ausgeführt werden. Die Beiträge sind von demjenigen Arbeitgeber zu entrichten, welche den Arbeitnehmer während der Kalenderwoche oder unter mehreren Arbeitgebern zuerst in der Woche beschäftigt. Dabei ist der Arbeitgeber berechtigt, bei der Lohnzahlung den von ihm beschäftigten Personen die Hälfte der Beiträge in Abzug zu bringen.

Personen, welche aus einem Versicherungsverhältnisse ausscheiden, sei es, dass sie aus einem versicherungspflichtigen Arbeitsverhältnis durch zeitweise Arbeitslosigkeit austreten oder aus der freiwilligen Selbstversicherung, können dies Versicherungsverhältniss fortsetzen und durch weitere Wochenbeiträge eine Steigerung der künftigen Rente vorbereiten.

a jedoch unzulässigen Spekulationen die Spitze abzubrechen, darf die Zahlung der Wochenbeiträge nur für die mittlere Lohnklasse II gehen, und gleichzeitig muss für jede Beitragswoche eine Zusatzmarke eingebracht werden. Durch Beschluss des Bundesrathes werden die schlagsbeiträge in Form von Doppelmarken erhoben. Die eine Hälfte der Doppelmarke stellt den Beitrag des Versicherten für den Reichsschuss der Rente dar, die andere Hälfte wird gebildet aus einer Marke der Versicherungsanstalt des betreffenden Bezirkes. Die Zusatzmarke ist für die erste Beitragsperiode einen Nennwerth von 8 Pfennigen.

Diese freiwilligen Beitragszahlungen werden bei einem bestehenden Rentenanspruch nur dann auf die Wartezeit mit angerechnet, wenn der freiwillig Versicherte mindestens 117 Wochen, also die Hälfte der Wartezeit in einem gesetzlich begründeten Zwangs- oder Selbstversicherungsverhältniss gestanden hat. Man will auf diese Weise eventuellen Missbräuchen vorbeugen, welche durch die freiwillige Fortsetzung der Versicherung zum Zwecke der Erlangung einer Invalidenrente entstehen könnten.

Saisonarbeiter, z. B. Maurer und Landarbeiter können auch während der nicht mehr als viermonatlichen Unterbrechung ihres Arbeitsverhältnisses das Versicherungsverhältniss freiwillig fortsetzen ohne Beibringung einer solchen Zusatzmarke, sie können auch die bisher gestellten Wochenbeiträge weiter leisten und nicht nur solche für die Lohnklasse II bestimmten.

Die Beitragsmarken sind in die „Quittungskarte“ des Arbeiters einzukleben. Diese enthält Jahr und Tag ihrer Ausgabe, die er den Gebrauch der Quittungskarte erlassenen Bestimmungen und die Strafvorschrift für unerlaubte Eintragungen und Vermerke.

Im Uebrigen bestimmt der Bundesrath ihre Einrichtung. Jede Karte muss nach der gesetzlichen Bestimmung Raum für 47 Beitragsmarken bieten; aus Gründen der Bequemlichkeit für die Arbeitgeber hat der Bundesrath den Karten einen Raum für 52 Beitragsmarken, also für ein Kalenderjahr, gegeben. Die Karten enthalten den Namen derjenigen Versicherungsanstalt, in deren Bezirk der Versicherte beschäftigt ist, ausserdem den Vor- und Zunamen, die Berufsstellung, den Geburtsort und Geburtstag des Versicherten.

Die Ausstellung und der Umtausch der Quittungskarten erfolgt nach der von der Landes-Centralbehörde bezeichnete Stelle.

In Preussen sind solche Ausgabestellen die Ortspolizeibehörden, in bestimmten Verhältnissen auch die Orts- und Gutsbezirksvorsteher, doch können die Kreisverbände bestimmte Beamte bestellen; in Bayern sind es die Gemeindebehörden, in Württemberg die Ortsbehörden für die Lebensversicherung. Diese Ausgabestellen haben die in der zurückgegebenen Karte eingeklebten Marken derart aufzurechnen, dass ersichtlich wird, wieviel Beitragswochen für die einzelnen Lohnklassen dem Inhaber der Quittungskarte anzurechnen sind.

Gleichzeitig ist die Dauer der bescheinigten Krankheiten sowie der

militärischen Dienstleistungen anzugeben und über das Endergebniss Inhaber der Karte eine Bescheinigung zu ertheilen. Die Zahl und Höhe der Beitragsmarken bestimmen bei der dereinstigen Rentenberechnung die Höhe der Rente. Die Quittungskarte verliert ihre Gültigkeit wenn sie nicht bis zum Schlusse des 3. Jahres, welches dem am K der Karte bezeichneten Jahre folgt, zum Umtausche eingereicht wird. Es soll diese Bestimmung die Controle des Erlöschens der Versicherung erleichtern. Die abgegebenen Quittungskarten werden an die Versicherungsanstalten, deren Namen sie tragen, zurückgesandt. Arbeitgeber, Arbeitnehmer oder dritten Personen ist es untersagt irgend welche Eintragungen oder Vermerke auf der Quittungskarte zu machen. Letztere selbst bleibt im Besitz des Arbeitnehmers.

Was nun die Höhe der Renten anbetrifft, so besteht die Invalidenrente aus dem Reichszuschusse von 50 M. und einem Gewerbebeitrage von 60 M. Letzterer ist von der Versicherungsanstalt aufzubringen und steigt mit jeder vollendeten Beitragswoche in der Lohnklasse I um 2 Pfennig, in der Lohnklasse II um 6 Pfennig, in der Lohnklasse III um 9 Pfennig und in der Lohnklasse IV um 13 Pfennig. Es steigt also die Invalidenrente mit der Höhe und der Zahl der Wochenbeiträge, also nach Maassgabe der Lohnklasse und der zeitlichen Dauer der Beiträge. Nach obiger Berechnung beträgt die Mindestrente, welche nach Ablauf einer Wartezeit von 235 Beitragswochen gewährt wird, jährlich

in Lohnklasse I . . .	114,70 M.
" " II . . .	124,10 "
" " III . . .	131,15 "
" " IV . . .	140,55 "

und die Rente nach Ablauf von 50 Beitragsjahren (einen eigentlichen Höchstbetrag kennt das Gesetz nicht) jährlich

in Lohnklasse I . . .	157,00 M.
" " II . . .	251,00 "
" " III . . .	321,50 "
" " IV . . .	415,50 "

Während der Uebergangszeit, d. h. während der ersten 5 Kalenderjahre nach dem Inkrafttreten des Gesetzes ist nur ein Beitrag obligatorisch; es beträgt also in diesem Falle der mögliche Mindestbetrag der Invalidenrente 110,94 M., 112,82 M., 114,23 M., 116,11 M. für die einzelnen Lohnklassen.

Bei der Berechnung der Altersrente sind von der Versicherungsanstalt für jede Beitragswoche aufzubringen

in Lohnklasse I . . .	4 Pfennige
" " II . . .	6 "
" " III . . .	8 "
" " IV . . .	10 "

dabei wird eine ganz bestimmte Zahl von Wochenbeiträgen unabhängig von der thatsächlichen Zahl der Einzelbeiträge in Anrechnung gebracht

zwar gerade soviel als die Dauer der Wartezeit beträgt, nämlich  $\times 47 = 1410$  Beiträge. Es richtet sich also die Höhe der Altersrente nur nach der Höhe der Einzelbeiträge und nicht auch nach ihrer Zahl. Die Altersrente beträgt deshalb bei Verwendung nur einer Classe Beitragsmarken

in Lohnklasse I . . .	106,40 M.
„ „ II . . .	134,60 „
„ „ III . . .	162,80 „
„ „ IV . . .	191,00 „

Die Höhe der Renten wird gewöhnlich innerhalb der angegebenen Grenzen schwanken, da man nicht annehmen kann, dass der Versicherte während der ganzen Zeit seiner Versicherung immer ein und derselben Lohnklasse angehört hat. Für Krankheits- und Militärdienstwochen wird der Rentenberechnung die Lohnklasse II zu Grunde gelegt.

Die Invalidenrente beginnt mit dem Tage, an welchem der Verlust Erwerbsfähigkeit eingetreten ist.

Als dieser Zeitpunkt gilt, sofern nicht ein anderer in der Entscheidung festgestellt wird, der Tag, an welchem der Antrag auf Bewilligung der Rente bei der unteren Verwaltungsbehörde gestellt worden ist. Die Invalidenrente beginnt frühestens mit dem ersten Tage des 71. Lebensjahres. Dieselbe kommt in Fortfall, sobald dem Empfänger Invalidenrente gewährt wird. Die Altersrente soll nur einen Zuschuss darstellen dem Arbeitsverdienst, den der 70 jährige, noch arbeitsfähige Lohnarbeiter, der aber durch das hohe Alter voraussichtlich in seiner Erwerbsfähigkeit theilweise beschränkt ist, sich noch erwirbt. Sie fällt fort, sobald die höhere Invalidenrente gewährt werden muss.

Weiblichen Personen, welche eine Ehe eingehen, bevor sie in den Genuss einer Rente gelangt sind, steht ein Anspruch auf Erstattung der Hälfte der für sie geleisteten Beiträge zu, wenn die letzteren mindestens fünf Beitragsjahre entrichtet worden sind. Mit der Erstattung erlischt die durch das frühere Versicherungsverhältniss begründete Anwartschaft.

Stirbt eine männliche Person nach Ablauf der Wartezeit, bevor sie den Genuss der Rente gelangt ist, so steht der hinterlassenen Wittwe, falls eine solche nicht vorhanden ist, den hinterlassenen ehelichen Kindern unter 15 Jahren ein Anspruch auf Erstattung der Hälfte der den Verstorbenen entrichteten Beiträge zu. Zweck genannter Bestimmung ist, durch diese Entschädigung die Noth zu lindern, welche gerade bei dem Tode des Ernährers sich in den Familien der Arbeiter in der Regel am bittersten geltend macht. Bei dem Tode von weiblichen Versicherten haben unter obigen Vorbedingungen auch deren uneheliche Kinder einen Anspruch auf diese Entschädigung. Diese Bestimmungen finden keine Anwendung, sofern den Hinterbliebenen aus Anlass des Todes des Versicherten auf Grund des Unfallversicherungsgesetzes eine Rente gewährt wird.

Die aus einem Versicherungsverhältniss sich ergebende Anwartschaft

auf Rente erlischt, wenn während vier aufeinander folgender Kalenderjahre weniger als 47 Wochenbeiträge entrichtet worden sind. Die Anwartschaft lebt wieder auf, sobald durch Wiedereintreten in eine das Versicherungsverhältniss begründende Beschäftigung oder durch freiwillige Beitragsleistung eine Wartezeit von 5 Beitragsjahren zurückgelegt ist. Es erlischt also die Anwartschaft auf Rente nur durch grössere Unterbrechungen der Beitragsleistung, wie sie z. B. bei Gesellen, die selbstständige Betriebsunternehmer werden, eintreten. Durch kürzere Unterbrechungen einer Lohnarbeit, wie sie durch Krankheit, Militärdienst oder zeitweilige Arbeitslosigkeit eintreten können, geht der Versicherte nicht des Rentenanspruches verlustig.

Tritt in den Verhältnissen des Rentenempfängers eine Veränderung ein, welche ihn nicht mehr als dauernd erwerbsunfähig erscheinen lässt, so kann ihm die Rente entzogen werden.

Der nach dem Gesetze erworbene Rentenanspruch ruht, d. h. die Rente gelangt nicht zur Auszahlung:

1. für diejenigen Personen, welche im Genuss von Unfallrenten, Pensionen oder Wartegeldern aus öffentlichen Mitteln sind, solange und soweit diese Renten unter Hinzurechnung der gesetzlichen Invalidenrente den Betrag von 415 M. übersteigen. Letzteres ist die Invalidenrente, welche ein in der ersten Lohnklasse Versicherter nach 50 Beitragsjahren erlangen würde;
2. solange der Rentenberechtigte eine die Dauer von 1 Monat übersteigende Freiheitsstrafe verbüsst, oder solange er in einem Arbeitshause oder einer Besserungsanstalt untergebracht ist;
3. solange er nicht im Inlande wohnt; durch Beschluss des Bundesraths kann diese Bestimmung für bestimmte Grenzgebiete ausser Kraft gesetzt werden.

Diese Bestimmung, dass die Rente für die im Auslande wohnenden Personen im Allgemeinen nicht zur Auszahlung gelangt, beruht auf einem Zweckmässigkeitsgrunde. Denn diejenigen Personen, welche rentenberechtigt sind, müssen den Postanstalten diese Berechtigung nachweisen; hierzu gehört ferner auch noch der Nachweis, dass sie noch leben, denn mit ihrem Tode würde die Rentenberechtigung aufhören. Ein solcher Nachweis kann aber vom Auslande aus nicht mit genügender Sicherheit geführt werden, auch kann man ausländische Postanstalten nicht mit der Auszahlung der Rente beauftragen, weil sie die Verfügungen des Deutschen Reiches nicht zu befolgen haben.

Die auf gesetzlicher Vorschrift beruhende Verpflichtung von Gemeinden und Armenverbänden zur Unterstützung hilfsbedürftiger Personen, sowie sonstige gesetzliche statutarische oder auf Vertrag beruhende Verpflichtungen zur Fürsorge für alte, kranke erwerbsunfähige oder hilfsbedürftige Personen werden durch dies Gesetz nicht berührt. Ein Uebergang des Anspruchs auf Rente findet nur statt, wenn seitens einer Gemeinde oder eines Armenverbandes dem Hilfsbedürftigen Unterstützun-

zu Theil geworden sind, und zwar in der Höhe des Betrages der teten Unterstützungen. In Süddeutschland, wo besondere landes- zliche Vorschriften bezüglich der Armenpflege bestehen, kann dieser anspruch auch auf Betriebsunternehmer und Kassen übergehen. ann also ein Rentenberechtigter im Falle seiner Bedürftigkeit ausser nvalidenrente noch eine Armenunterstützung beziehen, und ander- kann die mit der Armenpflege betraute Behörde in solchen Fällen auszahlung der Rente an sich beanspruchen.

Insoweit den nach Maassgabe dieses Gesetzes zum Bezuge von In- nrenten berechtigten Personen ein gesetzlicher Anspruch auf Ersatz hnen durch die Invalidität entstandenen Schadens gegen Dritte zu- , geht derselbe auf die Versicherungsanstalt bis zum Betrage der dieser zu gewährenden Rente über.

Die Rente kann mit rechtlicher Wirkung weder verpfändet, noch ragen, noch für andere als die im § 749 Abs. 4 der Civilprocess- ung bezeichneten Alimentenforderungen der Ehefrau und ehelichen er und die Forderungen der ersatzberechtigten Gemeinden und nverbände gepfändet werden.

Die Durchführung der Invaliditäts- und Altersversiche- ; erfolgt durch Versicherungsanstalten, welche nach Bestim- ; der Landesregierungen für weitere Communalverbände ihres Ge- s oder für das Gebiet des Bundesstaates errichtet werden. Auch für mehrere Bundesstaaten oder Gebietstheile derselben, sowie für ere weitere Communalverbände eines Bundesstaates eine gemein- Versicherungsanstalt errichtet werden. In der Versicherungsanstalt alle diejenigen Personen versichert, deren Beschäftigungsort im Be- der Versicherungsanstalt liegt.

Soweit die Beschäftigung in einem Betriebe stattfindet, dessen Sitz lande belegen ist, gilt als Beschäftigungsort der Sitz des Betriebes. Es wurde seiner Zeit ausdrücklich abgelehnt, die Durchführung des i Gesetzes den Krankenkassen oder den Berufsgenossenschaften zu ragen. Die Krankenkassen erschienen zu klein, sind in ihrem Be- e zu sehr dem Wechsel unterworfen und umfassen nicht alle der idenversicherung unterworfenen Personen. Auch die Berufsgenossen- ten umfassen nicht alle in Betracht kommenden Personen; ferner re Organisation nicht für die Durchführung des Gesetzes geeignet, ie selbst sowohl bezüglich der Kostenbeiträge als auch bezüglich ertwaltung nur auf der Theilnahme der Arbeitgeber beruhen, während Kosten des neuen Gesetzes in gleicher Weise von den Arbeitgebern Arbeitnehmern getragen werden, folglich auch beide Theile in er Weise Antheil an der Vermögensverwaltung haben müssen. diesen und anderen Gründen hat man selbständige Versicherungs- lten mit dem Rechte juristischer Persönlichkeit und Selbstver- ng geschaffen. Ihre Bezirke lehnen sich an die Bundesstaaten, die nzen oder ähnliche weitere Communalverbände an. Es sind im



Ganzen 31 Versicherungsanstalten eingerichtet worden, darunter 8 gemeinsame und zwar für folgende Bezirke:

1. für die Provinz Ostpreussen,
2. " " " Westpreussen,
3. " " " Brandenburg,
4. " " " Pommern,
5. " " " Posen,
6. " " " Schlesien,
7. " " " Westfalen,
8. " den Stadtkreis Berlin,
9. " die Provinz Schleswig-Holstein und das Fürstenthum Lüneburg,
10. " " Rheinprovinz, die Hohenzollernschen Lande und Fürstenthum Birkenfeld,
11. für die Provinz Sachsen und das Herzogthum Anhalt,
12. " " " Hannover und die Fürstenthümer Pyrmont, Schaumburg-Lippe und Lippe,
13. für die Provinz Hessen-Nassau und das Fürstenthum Waldeck,
14. " den Regierungsbezirk Oberbayern,
15. " " " Niederbayern,
16. " " " Pfalz,
17. " " " Oberfranken,
18. " " " Oberpfalz und Regensburg,
19. " " " Mittelfranken.
20. " " " Unterfranken und Aschaffenburg,
21. " " " Schwaben und Neuburg,
22. " das Königreich Sachsen,
23. " " " Württemberg,
24. " " Grossherzogthum Baden,
25. " " " Hessen,
26. " " " Mecklenburg-Schwerin, Mecklenburg-Strelitz,
27. für das Grossherzogthum Sachsen-Weimar-Eisenach, die Herzthümer Sachsen-Meiningen, Sachsen-Coburg-Gotha, sowie Fürstenthümer Schwarzburg-Sondershausen, Schwarzburg-Rudolstadt, Reuss ä. L., Reuss j. L.
28. für das Grossherzogthum Oldenburg,
29. " " Herzogthum Braunschweig,
30. " die Freien und Hansastädte Lübeck, Bremen und Hamt
31. " " Reichslande Elsass-Lothringen.

Die Errichtung der Versicherungsanstalten bedarf der Genehmigung des Bundesrathes, der Sitz der Versicherungsanstalt wird durch Landesregierung bestimmt.

Die Versicherungsanstalt kann unter ihrem Namen Rechte erwerben und Verbindlichkeiten eingehen, vor Gericht klagen und verklagt werden.

Für ihre Verbindlichkeiten haftet den Gläubigern das Anstaltsvermögen; soweit dasselbe zur Deckung der Verpflichtungen der Versicherungsanstalt ausreicht.

versicherungsanstalt nicht ausreicht, der Communalverband, für welchen die Versicherungsanstalt errichtet ist; im Unvermögensfalle desselben oder, wenn die Versicherungsanstalt für den Bundesstaat errichtet ist, dieser Staat. Das Vermögen der Versicherungsanstalt darf für andere als die in diesem Gesetze vorgesehenen Zwecke nicht verwendet werden. Die Versicherungsanstalt darf andere als die in diesem Gesetze ihr übertragene Geschäfte nicht übernehmen. Die durch die erste Einrichtung der Versicherungsanstalt entstehenden Kosten sind von dem Communalverbande oder dem Bundesstaate, für welchen sie errichtet wird, vorzutragen; die geleisteten Vorschüsse sind von der Versicherungsanstalt aus den zunächst eingehenden Versicherungsbeiträgen zu decken.

Die Versicherungsanstalt wird durch einen Vorstand verwaltet. Dieser hat die Anstalt gerichtlich und aussergerichtlich zu vertreten und die Eigenschaft einer öffentlichen Behörde. Seine Geschäfte werden einem oder mehreren Beamten des weiteren Communalverbandes oder Bundesstaates, für welchen die Versicherungsanstalt errichtet ist, übertragen. Die Bezüge dieser Beamten werden von der Versicherungsanstalt dem Communalverbande oder der betreffenden Landesregierung vergütet. Durch das Statut kann bestimmt werden, dass dem Vorstande neben den vorgenannten Beamten noch andere Personen angeschlossen werden sollen. Die laufenden Verwaltungsgeschäfte der Anstalten sind dem Zweck einer schnellen und gleichmässigen Erledigung im Interesse der Versicherten öffentlichen Beamten übertragen. Diese Geschäfte sind von formeller Art und bestehen im Wesentlichen in der Vermögensverwaltung, der Rentenfestsetzung auf Grund der gesetzlichen Bestimmungen und in dem Vertriebe der Marken. Ausser diesen Beamten können, falls der Ausschuss davon einen Vortheil für die Geschäftsführung erwartet, durch Statut noch andere Personen in den Vorstand aufgenommen werden. Ob diese Hilfskräfte der Klasse der Arbeitgeber oder Arbeitnehmer angehören, ist gleichgültig, auch kommt es gar nicht in Betracht, dass beide Theile gleichmässig im Vorstande vertreten sind. Es war durchaus nicht die Absicht eine Vertretung der Arbeitgeber und Arbeiter im Vorstande zu schaffen, sondern man wollte bei der Auswahl dieser Hilfskräfte nur nach der praktischen Zweckmässigkeit verfahren. So kann z. B., wenn die Versicherungsanstalt es für nothwendig erachtet, eine Anzahl von Aerzten zur Prüfung und Controle der ärztlichen Gutachten, welche bei dem Vorstande eingehen, in den Vorstand einbezogen werden.

Für jede Versicherungsanstalt wird ein Ausschuss gebildet, welcher mindestens je 5 Vertretern der Arbeitgeber und der Versicherten besteht. Die Zahl der Vertreter wird durch die Landes-Centralbehörde, oder durch das Statut bestimmt, sie muss für die Arbeitgeber und die Versicherten die gleiche sein.

Diese Vertreter werden von den Vorständen der im Bezirke der Versicherungsanstalt vorhandenen Orts-, Betriebs- (Fabrik-), Bau- und

Innungskrankenkassen, Knappschaftskassen und anderer zur V von Interessen der Seeleute bestimmter, obrigkeitlich genehmig einigungen von Seeleuten gewählt.

Soweit die Versicherten solchen Kassen nicht angehören Vertretungen der weiteren Communalverbände oder den Verw der Gemeindekrankenversicherung eine der Zahl dieser Person sprechende Betheiligung an der Wahl einzuräumen.

Der Ausschuss vertritt also die Gesamtheit der an der V rung durch die Beitragszahlung pekuniär betheiligten Personen, dar die Generalversammlung der Interessenten. Da beide Theile, geber sowohl als auch Arbeitnehmer, den gleichen Kostenbeitrag sind sie auch in gleicher Weise und in gleichem Verhältniss Verwaltung betheiligt. Ueber die Obliegenheiten und Befugni Ausschusses, über seine Berufung, seine Geschäftsführung bestin Statut. Die Wahl der Ausschussvertreter erfolgt nach einer Landes-Centralbehörde erlassenen Wahlordnung, die Centralbehör jedoch auch andere Behörden mit dieser Aufgabe betrauen. I sich der Bezirk der Versicherungsanstalt über mehrere Bunde so wird die Wahlordnung vom Reichsversicherungsamt erlassen.

Um zu häufige Wiederholungen der Wahlen zu vermeiden, Wahlperiode auf die Zeit von fünf Jahren festgesetzt worden.

Wählbar zu Vertretern sind nur deutsche, männliche, gros im Bezirke der Versicherungsanstalt wohnende Personen, welche Besitze der bürgerlichen Ehrenrechte befinden und nicht durch liche Anordnung in der Verfügung über ihr Vermögen beschrän Wählbar zu Vertretern der Arbeitgeber sind nur die Arbeitge nach Maassgabe dieses Gesetzes versicherten Personen und die mächtigsten Leiter ihrer Betriebe, zu Vertretern der Versicherten Grund dieses Gesetzes versicherten Personen.

Durch das Statut kann die Bildung eines Aufsichtsrat geordnet werden. Letzterer muss aber gebildet werden in den dass nach dem Statut dem Vorstande Vertreter der Arbeitge Versicherten nicht angehören. Der Aufsichtsrath hat die Gesch rung des Vorstandes zu überwachen und die ihm durch das ausserdem übertragenen Obliegenheiten zu erfüllen. Er besteht : gleichen Zahl von Vertretern der Arbeitgeber und Arbeitnehmer : befugt, die Berufung des Ausschusses zu verlangen. Die Mitglied Aufsichtsrathes verwalten ihr Amt als Ehrenamt und erhalten für baare Auslagen, die Versicherten auch für entgangenen A verdienst.

Als örtliche Organe der Versicherungsanstalt werden Vertra männer aus dem Kreise der Arbeitgeber und Versicherten bestellt: Bestellung ist obligatorisch, ihre Hauptaufgabe besteht in der Pri von Rentenanträgen, in der Controle der Rentenempfänger und der tragserhebung. Aufsichtsrathsmitglieder und Vertrauensmänner aus Kreisen der Arbeitgeber können, sofern sie sich der Ausübung i

**Amtes** ohne genügende Entschädigung entziehen, vom Vorstande mit einer Geldstrafe bis zu 1000 M. belegt werden.

Für jede Versicherungsanstalt ist ein Statut errichtet. Dasselbe muss Bestimmung treffen:

1. über die Zahl der Mitglieder, die Obliegenheiten und Befugnisse sowie die Berufung des Ausschusses, über die Bestellung des Vorsitzenden desselben und über die Art der Beschlussfassung;
2. für den Fall der Bestellung eines Aufsichtsrathes über die Art seiner Bestellung, die Zahl seiner Mitglieder, seine Obliegenheiten und Befugnisse;
3. über die Art der Bestellung der Vertrauensmänner etc.;
4. über die Form, in welcher der Vorstand seine Willenserklärungen kundzugeben und für die Versicherungsanstalt zu zeichnen hat;
5. über die Vertretung der Versicherungsanstalt gegenüber dem Vorstande;
6. über die Zahl der Schiedsgerichtsbeisitzer;
7. über die Höhe der an die nichtbeamteten Organe der Versicherungsanstalt zu zahlenden Vergütungen;
8. über die Aufstellung und Abnahme der Jahresrechnung;
9. über die Veröffentlichung der Rechnungsabschlüsse;
10. über die öffentlichen Blätter, durch welche Bekanntmachungen zu erfolgen haben;
11. über die Voraussetzungen einer Aenderung des Statuts.

Das Gesetz wollte der Selbstverwaltung der Versicherungsanstalten möglichst Spielraum lassen, es gab ihnen deshalb zum weiteren Ausbau ihrer inneren Verwaltung gewisse Freiheiten in Form des Statutes, welches in den genannten Bestimmungen nur das dringend nothwendige Gerüst zu einer zweckentsprechenden Organisation enthält. Vorschläge für die Aufstellung der Statuten der Versicherungsanstalten sind im Reichsamt des Innern ausgearbeitet und von den einzelnen Anstalten als Muster benutzt worden.

Die Aufgaben des Ausschusses der Versicherungsanstalten bestehen in der Wahl der Schiedsgerichtsbeisitzer, der Prüfung der Jahresrechnungen, der Beschlussfassung über die Bildung von Rückversicherungsverbänden, in der Beschlussfassung über Abänderungen des Statutes und für den Fall, dass kein Aufsichtsrath besteht, in der Ueberwachung der Geschäftsführung des Vorstandes.

Für den Bezirk einer jeden Versicherungsanstalt ist zur Wahrung der Interessen des Reiches und der anderen Versicherungsanstalten ein Staatscommissar bestellt. Dieser hat besonders das Recht an allen Verhandlungen des Vorstandes, des Ausschusses und des Aufsichtsrathes beratend Theil zu nehmen, ebenso an den Verhandlungen des Schiedsgerichts, er kann Einsicht in die Akten nehmen, Anträge stellen und bei Rentenfestsetzungen die gesetzlichen Rechtsmittel einlegen. Er wahrt also einmal das Interesse des Reiches, welches pekuniär durch den

gemeinsam zu tragen vereinbaren.

Die Entscheidung über Berufungen gegen die Bestandes der Versicherungsanstalten über die Bewilligung besonderen Schiedsgerichten übertragen worden. In jedem Versicherungsbezirk mindestens eins. Sie setzt aus je einem Vorsitzenden, der ein öffentlicher Beamter des betreffenden Bundesstaates sein muss und Vertreter in Behinderungsfällen vertreten wird, und aus Beisitzern, welche je zwei und zwei der Klasse der Arbeitnehmer angehören.

Die Entscheidungen des Schiedsgerichts finden je Besetzung durch drei Mitglieder statt, den Vorsitzenden geber und Arbeitnehmer als Beisitzende.

Die Beisitzer werden vom Ausschusse der Versicherung durch das Statut bestimmten Zahl auf fünf Jahre gewählt. Des Schiedsgerichts werden von der Versicherungsanstalt jedoch durch unbegründete oder gar frivole Beweis Kosten veranlasst, so können diese vom Schiedsgericht auferlegt werden.

Das Verfahren für die Feststellung der Rente des Versicherten hin. Dieser hat seinen Anspruch auf Invaliden- und Altersrente bei der unteren Verwaltungsbehörde beim Magistrat oder Landrath einzubringen. Beizufügungskarte sowie die sonstigen zur Begründung des Antrags Beweisstücke, wie ärztliches Attest, Krankheits- oder Arbeitszeugnisse. Handelt es sich um einen Antrag auf Invalidenrente, so wird die untere Verwaltungsbehörde die Vertrauensmänner so

immliche Quittungskarten des Antragstellers ein. Er kann auch noch weitere Erhebungen veranlassen, z. B. eine ärztliche Untersuchung durch einen Vertrauensarzt, und entscheidet nun endgültig über den Antrag. Diese Entscheidung wird dem Antragsteller schriftlich mitgeteilt. Der Antragsteller kann gegen diese Entscheidung des Vorstandes innerhalb vier Wochen Berufung beim Schiedsgericht einlegen; gegen das letztere Spruch steht beiden Theilen wiederum innerhalb vier Wochen nach Zustellung der Entscheidung die Revision beim Reichsversicherungsamt zur. Die Auszahlung der Rente erfolgt auf Anweisung der Versicherungsanstalt durch die Post. Die Vertheilung der Rente auf die beteiligten Versicherungsanstalten und das Reich geschieht durch das Rechnungsbureau des Reichsversicherungsamtes. Diesem reicht der Vorstand nach rechtskräftiger Feststellung der Rente eine Ausfertigung der Entscheidung ab, mit der sämtlichen Quittungskarten ein. Auf Grund der letzteren werden die von den Postanstalten jeden Monat vorschussweise gezahlten Rentenbeträge auf die einzelnen Versicherungsanstalten vertheilt und von diesen alljährlich wieder erstattet.

Zur Controle über die gesetzliche Ausführung der Versicherung können die Versicherungsanstalten besondere Vorschriften erlassen und bestimmte Controlbeamte anstellen. Sie können auch die Arbeitgeber durch Geldstrafen bis zum Betrage von 100 M. für Erfüllung ihrer gesetzlichen Pflichten veranlassen. Die Arbeitgeber und Versicherten sind ferner verpflichtet den Versicherungsanstalten wie ihren beauftragten Organen und Beamten jede Auskunft über ihr Arbeitsverhältniss zu geben und ihnen die Quittungskarten zur Ausübung der Controle oder zur Herbeiführung eventuell erforderlicher Berichtigungen gegen schriftliche Bescheinigung auszuhändigen. Auch hierzu können durch Geldstrafen bis zu 300 M. angehalten werden.

Bezüglich der Vermögensverwaltung der Versicherungsanstalten ist die Bestimmung getroffen, dass die verfügbaren Gelder wie bei Unfallversicherung in erster Linie in öffentlichen Sparkassen oder bei den Geldern bevormundeter Personen angelegt werden. Es kommen aber nur die Schuldverschreibungen in Betracht, welche vom Deutschen Reich, einem Deutschen Bundesstaate oder den Reichslanden Elsass-Lothringen mit gesetzlicher Ermächtigung ausgestellt sind, oder deren Verzinsung gesetzlich garantirt ist. Ausserdem können noch die Schuldverschreibungen angekauft werden, die von Deutschen communalen Körperschaften (Provinzen, Kreisen, Gemeinden etc.) ausgestellt sind; oder können die Gelder auch bei der Reichsbank verzinslich angelegt werden.

In zweiter Linie kann auch ein Theil des Vermögens — jedoch nicht mehr als der vierte Theil des Vermögens der einzelnen Versicherungsanstalten — in Grundstücken und anderen als den oben genannten stragenden Papieren angelegt werden. Diese Erlaubniss ist aus dem Grunde gegeben worden, um eine Störung des Geldmarktes durch die voraussichtlich grosse Nachfrage nach sicheren Staats- und anderen Anlage-

papieren zu vermeiden. Besonders für gemeinnützige Zwecke, soweit die Unternehmungen in pekuniärer Beziehung die Gewähr der Sicherheit tragen, können die Gelder der Versicherungsanstalt zinstragend angelegt werden und auf diese Weise wiederum zur Förderung der Interessen des Arbeiterstandes wirksam werden. So hat man an die Errichtung von Arbeiterwohnungen für Rechnung der Versicherungsanstalten zu denken, so können Hypotheken für die Errichtung von Arbeiterheilstätten, Arbeitsnachweisen und Herbergen übernommen werden.

Die Versicherungsanstalten haben über ihre Geschäfts- und Rechnungsergebnisse dem Reichsversicherungsamt in regelmässigen Zeitabschnitten Bericht zu erstatten.

Letzteres hat die Aufgabe, die Versicherungsanstalten bezüglich der Befolgung der gesetzlichen und statutarischen Vorschriften zu beaufsichtigen. Alle Entscheidungen des Reichsversicherungsamtes sind endgültig, soweit das Gesetz nicht ein Anderes bestimmt hat.

Das Reichsversicherungsamt kann jederzeit eine Prüfung der Geschäftsführung der Versicherungsanstalten vornehmen.

Sämtliche Schriftstücke, Bücher, Belege, Geldbestände und Wertpapiere sind ihm auf Verlangen vorzulegen. Es entscheidet über Streitigkeiten, welche sich auf die Rechte und Pflichten der Organe der Versicherungsanstalten sowie der Mitglieder dieser Organe, auf die Auslegung der Statuten und auf die Gültigkeit der vollzogenen Wahlen beziehen.

Die Entscheidungen des Reichsversicherungsamtes erfolgen in der Besetzung von mindestens zwei ständigen und zwei nichtständigen Mitgliedern, unter welchen sich je ein Vertreter der Arbeitgeber und der Versicherten befinden muss, und unter Zuziehung von mindestens einem richterlichen Beamten, wenn es sich handelt:

1. um die Entscheidung bei Revisionen gegen die Entscheidungen der Schiedsgerichte;
2. um die Entscheidung vermögensrechtlicher Streitigkeiten bei Veränderungen des Bestandes der Versicherungsanstalten.

Sofern für das Gebiet eines Bundesstaates ein Landesversicherungsamt errichtet ist, unterliegen diejenigen Versicherungsanstalten, welche sich über das Gebiet dieses Bundesstaates nicht hinaus erstrecken, der Beaufsichtigung des Landesversicherungsamtes. Landesversicherungsämter bestehen für Baden, Bayern, Hessen, Mecklenburg-Schwerin, Mecklenburg-Strelitz, Reuss ä. L., Sachsen und Württemberg. Da sich die Versicherungsanstalten für die beiden Mecklenburg und Reuss ä. L. über die Bezirke ihrer Bundesstaaten hinaus erstrecken, so fällt die Zuständigkeit dieser Landesversicherungsämter für dies Gesetz hinweg, dafür tritt das Reichsversicherungsamt ein. Letzteres ist insbesondere allein zuständig für die Entscheidungen über die Revisionen der schiedsgerichtlichen Urtheile; letzteres ist aus dem Grunde geschehen, um gegen Rechtsfragen eine einheitliche Rechtsprechung herbeizuführen.

Dies sind im Grossen und Ganzen die Grundzüge des Gesetzes, welches den Zweck verfolgt dem social schwächsten Theile der Bevölkerung des Deutschen Reiches auf Grund einer Zwangsversicherung im Alter und in dem Falle verlorener Erwerbsfähigkeit die Alters- resp. Invalidenrente zu gewähren.

Die Kosten der Versicherung werden für die Versicherten gemindert durch, dass auch die Arbeitgeber einen Antheil an den Beiträgen zu zahlen haben und andererseits durch den Zuschuss, welchen das Reich jeder Rente leistet. Durch die beiden letzteren Bestimmungen wird die Versicherung für die Versicherten in einer Weise verbilligt, wie es bei keiner Privatversicherungsanstalt möglich wäre.

Zwar erscheinen die Leistungen der Versicherungsanstalten bezüglich der Höhe der Einzelrenten vorläufig noch recht gering — die jährliche Invalidenrente beträgt zur Zeit etwa 115—140 M., die Altersrente —190 M. — immerhin aber ist die Gesamtsumme der Renten noch eine ganz enorme.

So wurden bis zum Jahre 1897 an Invalidenrenten ca. 53 Millionen Mark ausbezahlt, an Altersrenten ca. 137 Millionen Mark, also zusammen 190 Millionen Mark. Dabei stieg die Zahl der Invalidenrentner von 100 auf 52062 im Jahre 1896; die Zahl der Altersrentner, welche damals natürlich grösser (132900) war als die der Invalidenrentner, lag im Jahre 1896 ungefähr 30000, wurde also von der Zahl der Invalidenrentner bedeutend übertroffen. Schon das Verhältniss der Invalidenrenten zu den Altersrenten im Jahre 1896 zeigt, dass erstere im weiteren Verlaufe der Wirkung des Gesetzes im Gegensatz zu letzteren immer grössere Bedeutung erlangen werden. Es ist ja auch klar, dass die Anzahl der Altersrentner keine wesentliche Steigerung erfahren wird, sie wird nur wachsen entsprechend etwa der Zunahme der Bevölkerung. Die Zahl der Invaliden aber und die Höhe der Renten besteht in den ferneren Jahren hauptsächlich mit der Zahl und Höhe der Wochenbeiträge der Versicherten. So hat man rechnungsmässig festgestellt, dass von den Versicherten, von denen im ersten Jahre niemand Invalidenrente beziehen kann, nach 50 Jahren 11,40 pCt. Invalidenrente beziehen werden, während die Zahl der Altersrentner im ersten im 50. Rechnungsjahre dieselbe bleiben wird, 1,20 auf 100 Ver-  
sicherte.

Ebenso sind von 100 M. Rente im ersten Jahre 0 M. Invaliden- und 100 M. Altersrente, nach 50 Jahren 94 M. Invaliden- und ca. 6 M. Altersrente ausbezahlen.

Aus diesen Betrachtungen lässt sich leicht ersehen, dass das Wesen des Gesetzes für die Zukunft in der Entschädigung der Versicherten im Falle der Invalidität beruht: die Altersrente wird stets nur eine nebenliche Bedeutung erhalten.

Der Zusammenhang des Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetzes mit der früheren Arbeiterversicherung, der Krankenkassen- und Unfallversicherung ist ein ziemlich lockerer. Schon der Kreis der Versicherten



ten ist ein ganz anderer; er betrifft bei der Invaliditätsversicherung alle Lohnarbeiter, bei der Krankenversicherung sind die Hausindustriellen, das Gesinde, die land- und forstwirthschaftlichen Arbeiter, Handlungsgehilfen und Betriebsbeamten, die unständigen, d. h. die nicht sesshaften Arbeiter nicht versicherungspflichtig; die Unfallversicherung erstreckt sich nur auf verhältnissmässig wenige, mit besonderen Gefahren verbundene Betriebe. Auch schliesst sich die Invalidenversicherung zeitlich nicht direkt an die Krankenversicherung an. Letztere gewährt eine gesetzliche Unterstützung nur für 13 Wochen, während (bei längerer Krankheit) der Bezug der Invalidenrente für ununterbrochene Erwerbsunfähigkeit erst nach einem Jahre beginnt, sodass der Versicherte dann dreiviertel Jahr ausserhalb der reichsgesetzlichen Fürsorge steht und nur auf die Wohlthaten der communalen Armenpflege angewiesen ist. Nach der neuen Novelle soll allerdings die Wartezeit für ununterbrochene Invalidität auf ein halbes Jahr verkürzt werden. Die Versicherungsanstalten können von den Krankenkassen verlangen, dass sie die Krankenfürsorge für ihre Versicherten in dem von der Versicherungsanstalt gebotenen Umfange übernehmen. Die Kosten für diese Fürsorge hat die Versicherungsanstalt zu ersetzen. Auch bei der Festsetzung der Lohnklassen macht sich der Einfluss der Krankenversicherung geltend. Die Lohnklassen sind nicht gebildet auf Grund des thatsächlichen Jahresverdienstes der Versicherten, sondern werden nach dem dreihundertfachen Betrage des für die Krankenkassenbeiträge massgebenden durchschnittlichen Tagesverdienstes berechnet. Auch die Verwaltung der Invaliditätsversicherungsanstalten knüpft an das ältere Krankenkassengesetz insofern an, als die Mitglieder des Ausschusses durch die Krankenkassenvorstände gewählt werden, und die Krankenkassen bei der Invalidisirung gehört werden sollen, auch darf ihnen die Einziehung der Beiträge und die Ausstellung der Quittungskarten übertragen werden.

Der Anschluss der Invaliditätsversicherung an die Unfallversicherung ist etwas enger. Die Unfälle, welche „bei dem versicherungspflichtigen Betriebe“ sich ereignen, muss die Berufsgenossenschaft entschädigen: alle anderen Unfälle kommen auf Rechnung der Invaliditätsversicherung. Aber auch für Betriebsunfälle hat vorläufig die Invaliditätsversicherung einzutreten, bis die Entschädigungspflicht der betreffenden Berufsgenossenschaft festgestellt ist. Ist letzteres der Fall, so muss die Berufsgenossenschaft ersatzpflichtig gemacht werden. Diese Bestimmung soll den Verletzten möglichst schnell in den Besitz der Rente setzen und verhüten, dass das Rentenverfahren durch die Untersuchung, ob oder in wie weit ein Betriebsunfall vorgelegen hat, zum Nachtheil für den Verletzten verzögert wird.

Personen, die im Genusse einer Unfallrente stehen, sind noch versicherungspflichtig für die Zeit ihrer Lohnarbeit, soweit sie also noch nicht gänzlich erwerbsunfähig sind. Sie können aber auf ihren Antrag hin von der Versicherungspflicht befreit werden, wenn die Unfallrente den Mindestbetrag der Invalidenrente erreicht. Setzen sie aber ihre

versicherung fort, so können sie unter Umständen in den gleichzeitigen Genuss der Unfall- und Invaliden- oder Altersrente gelangen. Die Invaliden- und Altersrenten ruhen (d. h. die Rente gelangt zeitweilig nicht zur Auszahlung), solange und soweit der Gesamtbetrag beider Rentenkategorien den Betrag von jährlich 415 M. übersteigt.

Bei der geringen Höhe, welche die Invaliditäts- und Altersrenten häufig noch haben, ist eine sichtbare Einwirkung des Gesetzes auf die Hebung und Besserung der socialen Verhältnisse oder gar auf eine Entlastung der Armenpflege nicht merkbar geworden. Ein Invaliden- oder arbeitsunfähiger Altersrentner ist zur Zeit immer noch auf die laufende Armenunterstützung angewiesen. Das Eine aber ist schon erreicht worden, die Fürsorge für unsere invaliden Arbeiter hat sich gehoben und gebessert; der Arbeiter, dem früher im Falle der Arbeitsunfähigkeit allein die Armenunterstützung als eine Wohlthat zu Theil wurde, erhält jetzt in erster Linie die ihm auf Grund seiner Prämienbeiträge gesetzlich zukommende Rente und ausserdem, falls letztere nicht zu seinem Lebensunterhalte ausreicht, noch eine Armenunterstützung. Im Laufe der Jahre wird durch die wachsende Höhe der Altersrente die Armenunterstützung mehr und mehr entbehrlich und mit Staat und Gesellschaft mehr und mehr pekuniär entlastet werden.

Ausser diesen gesetzlich vorgeschriebenen Rentenzahlungen giebt das Gesetz den Versicherungsanstalten noch das Recht für die Versicherten Aufwendungen bezüglich einer geeigneten Krankenfürsorge zu machen. Nach § 12 sind die Versicherungsanstalten befugt, ihren Versicherten in Krankheitsfällen, sofern als Folge der Krankheit Invalidität zu besorgen ist, freie ärztliche Behandlung, Arznei und Anstaltsgebühren zu gewähren. Man will auf diese Weise durch ein rechtzeitiges Eingreifen den Versicherten vor der drohenden Invalidität bewahren, ihnen ihren Angehörigen länger erwerbsfähig erhalten und selbst eine Erwerbslosigkeit durch Nichtzahlung der Rente machen.

In der ersten Zeit des Bestehens des Gesetzes wurde von dieser Befugniß seitens der Versicherungsanstalten nur ein mässiger Gebrauch gemacht; man schickte einzelne Versicherte, bei denen ein vorzeitiges Eintreten der Invalidität zu befürchten stand, in die Bäder, orthopädischen und heilgymnastischen Anstalten. Mit der grossen Vermögensmehrung aber, welcher sich die meisten Versicherungsanstalten zu erfreuen hatten, gewann die Krankenfürsorge eine immer grössere Ausdehnung.

So errichtete die Anstalt Berlin im Jahre 1894 ein eigenes Sanatorium in Gütergotz bei Drewitz-Potsdam. Hier werden nur männliche Kranke in Behandlung genommen, bei denen eine länger dauernde Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit zu erwarten ist. Die Aufnahme geschieht auf Antrag des Versicherten oder seines Arztes an den Vorstand der Anstalt. Dieser lässt ihn durch den dirigirenden Arzt des Sanatoriums in Berlin untersuchen und ordnet bei günstigem Ausfalle der Untersuchung die Ueberführung in das Sanatorium an. Die Aufnahme und die Verpflegung dort erfolgen kostenlos für den Versicherten;

im Bedarfsfalle, d. h. wenn derselbe keine gesetzliche Krankenunterstützung mehr beziehen sollte, wird sogar eine Familienunterstützung im Betrage von 5—10 M. für die Woche gewährt. Die Behandlung in Gütergotz wird bis zur Herstellung der Erwerbsfähigkeit des Versicherten fortgesetzt; ist diese auf Grund der klinischen Beobachtung nicht mehr möglich, so wird der Patient aus der Anstalt entlassen mit der Empfehlung das Rentenverfahren nunmehr einzuleiten. Lungenkranke sind von der Aufnahme ausgeschlossen; sie werden der Heilanstalt des rothen Kreuzes, Grabowsee bei Oranienburg (nur Männer), und der Heilanstalt von Dr. Weicker in Görbersdorf überwiesen in letzter Zeit auch den Anstalten in Loslau und Andreasberg. Kranke, deren Fürsorge nicht der Versicherungsanstalt Berlin obliegt, also Versicherte anderer Versicherungsanstalten, der Berufsgenossenschaften oder der Eisenbahnkrankenkassen finden unter Umständen gegen eine Entschädigung von 3 M. pro Verpflegungstag ebenfalls Aufnahme in Gütergotz.

Das Sanatorium Gütergotz bietet im Winter Raum für 62, im Sommer durch Aufstellung von drei Döcker'schen Baracken und Belegung zweier Tagesräume für 94 Pflöglinge und ist mit allen modernen therapeutischen Hilfsmitteln, auch Zander'schen Apparaten, ausgerüstet. Bisher haben ca. 1200 Versicherte dort ärztliche Behandlung und Verpflegung genossen; die Kosten für die Verpflegung betrugen einschliesslich Diät (1,15—1,20 M.), Miethe, Gehälter, Kleidung, Wäsche, Familienunterstützung etc. durchschnittlich 3,60—3,80 M. pro Verpflegungstag. Das Krankenmaterial besteht hauptsächlich aus Kranken, die an heilbaren chronischen Krankheiten leiden z. B. chronischem Gelenkrheumatismus, chronischen Magengeschwüren und -catarrhen, gutartigen Nervenleiden (Neuralgien und Neurasthenien) etc., und die vielfach bei fehlender oder ungenügender ärztlicher Behandlung in Invalidität und Siechthum zu gerathen pflegen. Die Erfolge der Gütergotz Anstalt sind bisher zufriedenstellende, auch in pekuniärer Beziehung gewesen, so dass man jetzt mit einer Vergrösserung und einem Neubau derselben begonnen hat. Das neue Sanatorium wird in Beelitz errichtet und zwar für eine Zahl von circa 500 Betten. Es besteht aus vier von einander gesonderten Abtheilungen, zwei für Lungenkranke (Männer und Frauen) und zwei für Nichttuberkulöse, wie bisher in Gütergotz, ebenfalls Männer und Frauen. Die einzelnen Abtheilungen werden ebenfalls alles Erforderliche enthalten: Liegehallen, ein medikomechanisches Institut, Einrichtungen für alle Arten von localen und allgemeinen Bädern etc.

Auch andere Versicherungsanstalten haben schon derartige Heilstätten für ihre Versicherten errichtet und zwar hauptsächlich für Lungenkranke, die ja den Hauptprocentsatz der Invalidenrentner bilden.

So besteht in Andreasberg im Harze eine Lungenheilstätte der hanseatischen Versicherungsanstalt, in Königsberg bei Goslar eine solche der Versicherungsanstalt Hannover, in Stiege eine solche der Versicherungsanstalt Braunschweig. Andere Anstalten haben einen Theil ihres Vermögens in Form von Hypotheken zur Gründung und Erhaltung

her Volksheilstätten privaten Wohlthätigkeitsvereinigungen zur Verfügung gestellt und sich kontraktlich eine gewisse Anzahl von Betten ihre Kranken zu einem bestimmten Verpflegungssatze gesichert. Der nahmemodus für diese Anstalten ist im Allgemeinen folgender: Der sich erkrankende, der sich leidend fühlt, stellt an die Versicherungsanstalt des Bezirks einen Antrag auf Krankenfürsorge, dem ein ärztliches Attest oder eine kurze ärztliche Bescheinigung beigelegt ist. Nach einer ärztlichen Untersuchung durch den Vertrauensarzt der Anstalt wird er, falls er für die Einleitung des Heilverfahrens für geeignet befunden wird, auf Kosten der Anstalt der Heilstätte überwiesen.

Ebenso wichtig, ja vielleicht noch wichtiger, erscheint die Verhütung von Krankheiten, die Prophylaxe. Auch hierin sind schon seitens einzelner Versicherungsanstalten ernste Anläufe gemacht worden. Die hanseatische Versicherungsanstalt seit einigen Jahren die Krankenkassen und Versicherten ihres Bezirks Flugblätter, welche in kurzen Zügen die Ansteckungs- und Verbreitungsweise der Lungenkrankheit, dieser Geißel des Menschengeschlechts und besonders der Arbeiterbevölkerung, enthalten. Ferner wird in diesen Blättern darauf hingewiesen, wie sich der Gesunde und Kranke durch persönliche Reinlichkeit und ein geeignetes gesundheitsgemässes Verhalten vor den Gefahren dieser Krankheit schützen kann.

Die Berliner Versicherungsanstalt, welche auf die schwere, zu frühzeitiger Invalidität führende Gewerbekrankheit der Maler, die Bleivergiftung mit ihren mannigfachen Folgen, aufmerksam geworden ist, hat die Maler ihres Versicherungsbezirks durch Vermittelung der Krankenkassen, Arbeitervereine etc. gedruckte, kurz gehaltene Vorschriften erlassen, welche die Interessenten darüber aufklären, wie sie sich persönlich durch Reinlichkeit, Händewaschen und Kleiderwechsel vor der Nahrungsaufnahme, Vermeidung des Rauchens während der Arbeit mit bleihaltigen Farben etc. vor der Bleivergiftung schützen können. Gerade

Prophylaxe der Gewerbekrankheiten ist bisher zu sehr vernachlässigt worden. Die maassgebenden Bestimmungen der Gewerbeordnung sind für den praktischen Gebrauch zu allgemein gehalten und zu leicht zu umgehen. Speciellere Ausführungsbestimmungen seitens des Bundesrathes bis jetzt nur für die Bleifarben- und Farbenindustrie erlassen worden, der übrige Theil der Gewerbehygiene nicht einheitlich geregelt, sondern den Regierungen der einzelnen Staaten, Regierungsbezirke, Kreise und Communen überlassen. So kommt häufig vor, dass gewissenlose Unternehmer, um lästigen Polizeiverordnungen zu entgehen, einfach in einen anderen Verwaltungsbezirk übersiedeln. Diese fehlende einheitliche Regulirung der Bestimmungen der Gewerbehygiene wäre eine dankbare Aufgabe der Versicherungsanstalten; sie sind die berufenen Behörden in Verbindung vielleicht mit Gewerbeinspectionen hier erfolgreich einzugreifen nach dem Vorbilde der Berufsgenossenschaften, welche gerade auf dem Gebiete der Unfallverhütung so Grosses erreicht haben.

Eine weitere gemeinnützige Thätigkeit erlangen die Versicherungsanstalten dadurch, dass sie ihr angesammeltes Kapital anlegen in einen kleinen Zinssatz zur Befriedigung des unentgeltlichen Bedürfnisses für den Bau von Arbeiterwohnungen, für den Bau der Einrichtung oder Unterstützung von Schulen- und Fortbildungshäusern, der Herbergen zur Heimath, von Gewerkschaftsschulen, Spar- und Konsumvereinen und anderen ähnlichen Wohlfahrts-einrichtungen hergeben.

So sind nach den amtlichen Nachrichten des Versicherungsamtes bis zum 31. December 1896 für diese Zwecke 1,050,000 M. verwandt worden.

Trotz aller dieser geschilderten erweisen Leistungen ist das Gesetz bisher nur wenig Freunde erworben.

Die Ursache dieser auffälligen Erscheinung ist darin zu sehen, dass gerade die beiden interessirten Klassen, die Arbeiter und die Versicherten, bisher einerseits viel Belästigungen und Kosten durch das Gesetz gehabt haben, andererseits von den Wohlthaten des Gesetzes nur wenig empfunden haben. Besonders wird seitens der Arbeiter Klage geführt über den Zwang bei jeder Lohnzahlung die Marken abgeben zu müssen. Diese Arbeit erfordert in grösseren Betrieben häufig die Einstellung eines oder mehrerer Bureaubeamten. Ferner erregt auch die Controlle über den Besitz und Umtausch der Quittungskarten Protest sowohl als auch den theilnehmenden Behörden vielerlei Unannehmlichkeiten. Der Versicherte wiederum brachte dem Gesetze nur wenig Sympathie entgegen, da er als Hauptthätigkeit desselben die Gewährung der Altersrente ansah und doch nur selten auf die Erreichung des 71. Lebensjahres hoffen zu können glaubte. Die Gewährung der Invalidenrente trat in der ersten Zeit der Gültigkeit des Gesetzes sehr in den Hintergrund, der Nachweis des Rentenanspruches war recht schwierig und erforderte die Nachbeschaffung vielfacher Arbeits- und Krankheitsbescheinigungen, die Festsetzung der Rente erfordert gewöhnlich wieder eine Zeit von mehreren Monaten und schliesslich ist die Rente nur gering und absolut ungenügend für die Bestreitung des Lebensunterhaltes.

Diese thatsächlich bestehenden Missstände sind im Wesentlichen die Folge der complicirten gesetzlichen Grundsätze. Man wollte dem Arbeiter keine Wohlthat, sondern ein gesetzliches Recht auf Rente gewähren. Letztere sollte er selbst je nach der Zahl und Höhe seiner Beiträge zu steigern im Stande sein.

Dieser Gedanke hat zuerst etwas Bestechendes, kann aber vor der ernsteren Kritik nicht Stand halten. Denn der Umstand, dass die Arbeitgeber die Hälfte der Kosten des Gesetzes, der Staat einen grossen Theil der Rente übernommen hat, ist eine Durchbrechung des Grundsatzes der Versicherung. Ausserdem wird durch die Höhe und die Zahl der Beiträge des Arbeiters die Rente im Allgemeinen nur wenig erhöht. Es ist logischer mit diesen, nun einmal nicht streng durchzuführen zu brechen und für die Zukunft eine, vielleicht

bestimmten Lohnklassen abgestufte Einheitsrente festzusetzen, während die Beiträge unter Fortfall des Markensystems und Einzugsvervon den Arbeitgebern in Form einer Steuer nach Lohnprocentenschlag zu der allgemeinen Einkommensteuer erhoben werden. Die aber können die Hälfte dieser Zuschlagsteuer von ihren Arbeitseinziehen, letztere sichern sich durch die Führung eines Arbeitsnottungsbuches den Nachweis des Rentenanspruches.

Es sind in kurzen Zügen die Grundgedanken, welche sich mit diesem Gegenstande beschäftigt, unwillkürlich auf, und die auch thatsächlich in fast allen der vielfachen Reformen, die seit dem Bestehen des Gesetzes gemacht worden sind, ehren.

Sprach sich für die Einführung der Einheitsrente schon bei derung des Gesetzes im Reichstage Staatssekretär v. Bötticherermassen aus: „Es ist ganz unzweifelhaft, dass die Einheitsregrösste Gewähr für eine verständige Durchführung des Gesetzesbirgt.“ Ebenso traten Kulemann, Knobloch und der frühereit des Reichsversicherungsamtes Bödiker für die Einheitsrentir die Beseitigung des bisherigen Beitragsverfahrens und dereskarten sind Sittel, Kuhlemann, Otto, Knobloch under, letztere beiden ebenfalls für die Einführung einer Zuschlagsu den Staats- und Gemeindeabgaben. Für denjenigen, der sichür alle bisher gemachten Reformvorschläge interessirt, sei hierSchrift von Zeller: „Die Vereinfachung und Verschmelzung derversicherung (Verlag von Eugen Baumgartner, Strassburg i. E.)“sen.

Am 4.-9. November 1895 tagte im Reichsamt des Inneren eineiz über die Revision der Arbeiterversicherungsgesetze. Zu einemlate gelangte diese Versammlung nicht; die Verhandlungenjedoch die Ausarbeitung eines Entwurfes zur Abänderung desäts- und Altersversicherungsgesetzes im Reichsamt des Innerenre. Dieser Entwurf wurde am 2. September 1896 veröffentlichtveckte einen allgemeinen Sturm der Entrüstung bei den mit derung des Gesetzes bisher betrauten Behörden wegen der geplantenkung der Selbständigkeit der Versicherungsanstalten, der Ergder Befugnisse des Staatskommissars, der Bildung von Sekler Verschlechterung der Beitragseinzahlung und der ungerechtenng der Rentenlast auf die Gesamtheit der Versicherungs-1. Dieser Entrüstung wurde in einer Versammlung zu Kassel1 Ausdruck gegeben. Darauf wurde der Entwurf vom Bundesesentlich modificirt: der Begriff der Erwerbsunfähigkeit wurdeht, die Wartezeit auf 200 Beitragswochen gekürzt, für nichtErwerbsunfähige schon nach 26 Wochen die Rente gewährt, diebst durch Steigerung der Grundrente erhöht, eine 5. Lohnklasseen.

Das Vermögen der einzelnen Versicherungsanstalten soll in  $\frac{3}{5}$  undch der Krankenversorgung und Krankenpflege. II. Bd. 2. Abth.

$\frac{2}{5}$  getheilt werden; mit ersterem Theile will man die allen Anstalten gemeinsamen Rentenlasten bestreiten, die letzteren zwei Fünftel sollen ihnen als Eigenthum zu ihrer Verfügung bleiben. Ferner soll die Verwaltung der Anstalten durch Einsetzung örtlicher Rentenstellen, die besonders die Rentenfestsetzung und -entziehung, die Beitrags-einziehung und ihre Controle handhaben sollen, decentralisirt und vereinfacht werden. Die jetzige Ueberlastung der mit diesen Geschäften betrauten Communalbehörden, das bureaukratische Wesen der Centralbehörden lässt diese Aenderung empfehlenswerth erscheinen. Auch soll das Recht der Versicherungsanstalten zur Uebernahme des Heilverfahrens für ihre erkrankten Versicherten eine grössere Erweiterung erfahren.

Dieser Gesetzentwurf liegt vorläufig dem Reichstage vor. Wie man aus Obigem ersieht, enthält er vielfache Verbesserungen und Vereinfachungen jedoch keine grundlegende Reform, wie sie oben als dringend nothwendig hingestellt ist.

Letztere kann nur eine Frage der Zeit sein und wird dann voraussichtlich im Sinne der Einheitsrente und der Einziehung der Beiträge in der Form der Zuschlagssteuer entschieden werden. Die diesbezüglichen Vorschläge werden sogar vom Reichsamt des Innern als die wichtigsten anerkannt, wie man schon aus den sehr ausführlichen Widerlegungsversuchen, deren sie seitens dieser Behörde gewürdigt werden, ersehen kann.

Eine Vereinfachung und Reform des Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetzes ist der erste Schritt zu der Vereinfachung und Vereinigung aller drei Arbeiterversicherungsgesetze. Ist diese erfolgt, so hat das Deutsche Reich die Ehre das Beste und Vollendetste geleistet zu haben, was in Vergangenheit und Zukunft jemals auf gesetzgeberischem Gebiete geschehen ist und geschehen wird.

---

# Specielle Krankenversorgung.

## I. Für Arbeiter.

### 1. Anhang.

#### Für Bergarbeiter.

Von

Dr. **Mende** in Gottesberg (Schlesien).

Die Krankenfürsorge für Bergarbeiter wurde schon zu einer verhältnissmässig frühen Zeit innerhalb der Deutschen Lande gesetzlich geregelt. Schon im Jahre 1300 und 1359 finden sich dahingehende Verordnungen in der Kuttengerberger und Rammelsberger Bergordnung<sup>1)</sup>.

In der Nassau-Catzenelnbogischen Bergordnung vom Jahre 1559 lautet der 65. Artikel<sup>2)</sup>: „Und so ein Arbeiter in der Gruben, oder an anderer Gewercken Arbeit, an Gliedmass, Arm oder Bein brechen, oder dergleichen Schaden nimpt, so soll demselben Arbeiter vier Wochen sein Lohn und das Arzt-Geld entrichtet werden.“ Aehnlich lautet der 2. Artikel der Churtrierschen Bergordnung vom Jahre 1564 und der 83. Artikel der Hennebergischen Bergordnung.

Beinahe an moderne Verhältnisse erinnert die Churkölnische Bergordnung vom Jahre 1669<sup>3)</sup>. Nachdem sie im VII. Teil, Artikel 34 anordnet, dass ein in der Grube verletzter Bergmann sofort zum Arzte zu bringen und bei diesem auf Kosten der Gewerkschaft zu behandeln ist, bestimmt sie im Art. 36, dass ihm während der Krankheitsdauer der halbe Wochenlohn auf der Zeche, da er den Schaden genommen, beschriben und gefolget werde; sollte sich dann begeben, dass ein armer Patient an seinen Gliedmassen also verletzt und keine Hoffnung, dass er sich selbst, noch den armen seinigen ihr Stück Brod erwerben, sondern im Elend sein Leben zubringen müsste, soll ihm, wen der Chir-

---

<sup>1)</sup> Simons, Das deutsche Knappschaftswesen. Mainz 1895. S. 3.

<sup>2)</sup> Brassert, Bergordnungen der Preussischen Lande. Köln 1858.

<sup>3)</sup> Brassert, l. c. S. 623.



urgus nichts mehr mit seiner Kunst oder Cur an ihm vorzügliches schaffen kan, eine wöchentliche Steuer aus der Knappschaft im Bergamt verordnet werden, und dagegen auf den Zechen der Lohn ferner schreiben zu lassen cessiren.

Wan aber ein Bergmann einen Schaden bekäme und er solchen nit zu rechter Zeit kuriren lassen, da ihm mit geringen Mitteln und in kurtzer Zeit wiederumb vorzukommen, wovon Bergmeister und Geschworene nichts wissen, dass es in der Gruben oder Unser und der Gewercken Arbeit sonst geschehen, dem soll kein Arztlohn noch Gnadengelt von der Zechen und Knappschaft zu statten kommen.<sup>1)</sup>

Allerdings beziehen sich diese Bestimmungen zunächst nur auf Verletzungen, die der Bergmann bei Ausübung seiner Berufsthätigkeit erleidet, wogegen anderweite Erkrankungen und die daraus hervorgehende Erwerbsunfähigkeit keine gesetzliche Berücksichtigung finden. Die Knappschaft, die hier zum ersten Male Erwähnung findet und die recht eigentlich der Krankenfürsorge der Bergleute ihr charakteristisches Gepräge verliehen hat, ist eine in ihren Anfängen auf frühe Zeiten zurückführende Kasse. Ihre ersten Spuren hat man zu suchen in dem althergebrachten Brauch der Bergknappen, bei Erkrankungen, Unglücks- oder Todesfällen ihrer Kameraden Beiträge unter sich zu sammeln, behufs Unterstützung ihrer Arbeitsgenossen oder deren Hinterbliebenen.

Die hohe Gefährlichkeit des Berufes und die besonderen durch denselben begünstigten oder hervorgerufenen Erkrankungen haben frühzeitig zu einem engen Zusammenschluss geführt, der den Zweck gegenseitiger Unterstützung befolgte und der auch, nachdem man seine wirtschaftliche Bedeutung erkannt hatte, durch Unterstützungen und Privilegien von Gewerken und Landesherrn Förderung erfuhr. Zu diesen Begünstigungen, die den in den Knappschaften vereinigten Bergleuten zu Theil wurden, gehörten in erster Linie die Befreiung der Knappschaftsgenossen vom Soldatenstande, ferner die eigene Gerichtsbarkeit und schliesslich die persönliche Freiheit und Unabhängigkeit<sup>1)</sup>; von besonderer Bedeutung für die Hebung und Entwicklung der Knappschaft war ferner die Befreiung der Mitglieder von den indirecten Steuern.

Die Beiträge wurden in frühester Zeit freiwillig erlegt<sup>2)</sup>; später erfolgten sie bestimmungsgemäss als wöchentlicher Abzug vom Lohn. Ausserdem aber flossen der Knappschaftskasse noch gewisse Antheile aus der Bergwerksausbeute zu, die „Knappschaftskuxse“, und nach Caput LXXVII § 4 der von Friedrich dem Grossen revidirten Bergordnung für das Herzogthum Cleve, das Fürstenthum Meuss und die Grafschaft Merck vom 29. April 1766 auch die Strafgeelder. Die Knappschaftskasse zahlte aber auch jetzt noch bei Erkrankungen oder Verletzungen nur die Kurkosten, wogegen die Gewerkschaft den Kranken

<sup>1)</sup> Simons, l. c.

<sup>2)</sup> Vergleiche den 12. Artikel der Churtrierschen Bergordnung bei Brassé S. 149 oder den 87. Artikel der Joachimsthaler Bergordnung.

n zu entrichten hatte, der nach der oben angeführten Cleve'schen Bergordnung in dem gewöhnlichen Wochenlohn bestand, der, wenn die Zeche in Ausbeute stand, 8 Wochen, sonst 4 Wochen lang gezahlt werden musste, „wenn anders die Krankheit oder Cur so lange anhalten sollte, dass der Arbeiter nicht ehender wieder an die Arbeit gehen konnte“. Ein besonderer Fortschritt in der Cleve'schen und der im Jahre 1769 erlassenen Schlesiſchen Bergordnung Friedrich des Grossen darf es nicht bezeichnet werden, dass sich diese Bergordnungen der Erkrankten und Verunglückten durch Arbeits- und Erwerbsunfähigen in derselben Weise annahmen, wie der durch einen Betriebsunfall am Erwerbe gehinderten Bergleute. Aus diesen Bergordnungen heraus fanden diese Bestimmungen schliesslich Eingang auch im Allgemeinen Landrecht (Theil II, Titel 16, Abschnitt IV § 134 und §§ 214—220).

Jede Gewerkschaft hatte hiernach zwei Kuxe für die Knappschafts- und Armenkasse frei zu bauen und die Bergwerkseigenthümer waren verpflichtet, sich der in ihren Diensten erkrankten, oder beschädigten Bergleute anzunehmen (§ 214). Einem solchen Arbeiter musste in Ermangelung besonderer Vorschriften der Provinzialgesetze, sein Lohn von der Zubecksche, sowie von einer Freibau- oder Verlag erstattenden Zeche auf 4 Wochen, und bei einer Ausbeutezeche auf 8 Wochen gezahlt werden (§ 215). Bei länger dauernder Krankheit fiel die Vergütung des kranken oder beschädigten Bergmanns der Knappschaftskasse zur Last (§ 216). Die Kur- und Begräbnisskosten mussten aus der Knappschaftskasse bestritten werden. Diese Bestimmungen gelten jedoch nur für die rechtsrheinisch gelegenen Preussischen Landestheile; den linksrheinischen Gebieten galt die Französische Berggesetzgebung. Dieselbe unterschied sich sehr wesentlich von der Preussischen. König Friedrich IV. hatte sich offenbar an den Deutschen Verhältnissen, wenn auch in beschränktem Grade, ein Muster genommen<sup>1)</sup> und in einem Edict vom Juni 1601 die Bergbehörden organisirt. Ein Dreissigstel des Ertrages sollte zu einer besonderen Kasse genommen werden, um dieselbe zum Lesen der Messe und geistlichen Troste der Bergleute zu verwenden, sowie einen Chirurgen zu besolden, Medikamente anzuschaffen und die bei der Arbeit Verunglückten zu unterstützen. Diese Einrichtung scheint aber in Frankreich nicht haben Wurzel fassen können, denn Ludwig XV. hob dieselbe in einem Edict vom September 1790 wieder auf, legte jedoch den Bergwerkbetreibenden die Verpflichtung auf, für das leibliche und geistige Wohl der Arbeiter Sorge zu nehmen. Erst Napoleon I. schrieb durch das Berg-Polizei-Decret vom Januar 1813 (Art. 15, 16, 17) wieder vor, dass auf den Bergwerken nöthigen Medikamente bereit gehalten und nach Gelegenheit der Umstände Chirurgen angestellt werden sollten.

Nachdem in Preussen durch das Gesetz „über die Besteuerung der

<sup>1)</sup> Achenbach, Das französische Bergrecht, Bonn 1869, S. 35.

Bergwerke<sup>1)</sup> vom 12. Mai 1851 und „über die Verhältnisse der Miteigenthümer eines Bergwerks“ der Betrieb der Gruben der engen Bevormundung der Bergämter entzogen und die Autonomie der Gewerkschaft hergestellt, deren weitere Consequenz die Selbstverwaltung der Knappschaftskassen durch die Werksbesitzer war, wurde unter dem 10. April 1854 das Gesetz, betreffend die Vereinigung der Berg-, Hütten- und Salinenarbeiter in Knappschaften für den ganzen Umfang der Monarchie, das sogenannte „Knappschaftsgesetz“, erlassen. Dieses Gesetz bezweckte zunächst, die bewährten Bestimmungen der Knappschaft zu belassen, sie zu befestigen, weiter zu verbreiten und für den ganzen Preussischen Staat einheitlich zu regeln. Im Gegensatz zu dem Gesetz betreffend die gewerblichen Unterstützungskassen vom 3. April 1854, welches die Einrichtung solcher Kassen der freien Entschliessung der Betheiligten überliess, machte das Knappschaftsgesetz die Vereinigung der Arbeiter obligatorisch und bestimmte, „um diesem, besonderen Gefahren und Anstrengungen ausgesetzten Theile der Staatsangehörigen eine gesicherte Existenz zu gewähren“, dass freie Kur und Arznei für die eigene Person des Arbeiters, entsprechender Krankenlohn, während der Dauer der ohne eigenes grobes Verschulden entstandenen Krankheit, lebenslängliche Invalidenunterstützung, ein Beitrag zu den Begräbnisskosten, sowie Unterstützung der Wittwen und Waisen bis zur Wiederverheirathung beziehungsweise dem zurückgelegten 14. Lebensjahr als zu gewährende Mindestleistung gelten solle.

Das „Allgemeine Berggesetz“<sup>2)</sup> vom 24. Juni 1865, welches heute noch für den Bergbau Geltung hat, behandelt im Titel VII §§ 165–186 die Verhältnisse der Knappschaft. Nach § 171 waren die Leistungen, welche jeder Knappschaftsverein nach näherer Bestimmung des Statuts seinen vollberechtigten Mitgliedern zu gewähren hatte, folgende:

1. In Krankheitsfällen eines Knappschaftsgenossen freie Kur und Arznei für seine Person.
2. Ein entsprechender Krankenlohn bei einer ohne grobes Verschulden entstandenen Krankheit.
3. Ein Beitrag zu den Begräbnisskosten der Mitglieder und Invaliden.
4. Eine lebenslängliche Invalidenunterstützung bei einer ohne grobes Verschulden eingetretenen Arbeitsunfähigkeit.
5. Eine Unterstützung der Wittwen auf Lebenszeit, beziehungsweise bis zur etwaigen Wiederverheirathung.
6. Eine Unterstützung zur Erziehung der Kinder verstorbener Mitglieder und Invaliden bis nach zurückgelegtem 14. Lebensjahr.

Für die Mitglieder der am wenigsten begünstigten Klasse, die

<sup>1)</sup> Simons, l. c. S. 7.

<sup>2)</sup> Arndt, Das allgemeine Berggesetz für die Preussischen Staaten. Halle 1885. S. 181.

nannten Minderberechtigten, waren nach dem allgemeinen Berggesetz mindestens freie Kur und Arznei für die eigene Person und ein entprechender Krankenlohn bei einer ohne grobes Verschulden entstandenen Krankheit, sowie, wenn sie bei der Arbeit verunglückten, ein Beitrag den Begräbnisskosten bei ihrem Tode, oder eine lebenslängliche Invalidenunterstützung bei einer ohne ihr grobes Verschulden eingetretenen Leibes- und Erwerbsunfähigkeit zu gewähren.

Im Uebrigen wurde durch dieses Gesetz die Stellung der Knappschaftsvereine noch selbständiger und freier als zuvor. Die Aufstellung eines Statuts für neu zu gründende Knappschaftsvereine wird den Betheiligten überlassen, und nur die amtliche Bestätigung vorbehalten; „den Vorständen ist die Leitung der Wahl der Knappschaftsältesten, die Annahme der Beamten und Aerzte des Vereins, die Abschliessung der Beiträge mit denselben und mit den Apothekern, der Erlass der Dienstinstruction etc. selbständig überlassen, desgleichen den Vorständen, ohne die regelmässige Mitwirkung der Behörde, die Revision und Dechargirung der Vereinsrechnungen zugewiesen und andererseits das Aufsichtsrecht dem Staate dahin präcisirt, dass die Bergbehörde die Beobachtung der Statuten und namentlich die statutenmässige Verwaltung des Vereinsmögens zu überwachen hat.“ Wesentlich ist ferner, dass durch dieses Gesetz die Hüttenarbeiter nicht mehr dem Knappschaftszwange unterworfen waren, und dass die Besitzer und Arbeiter der Hüttenwerke und dem Berggesetze nicht unterstellten Aufbereitungsanstalten, welche theils einem Knappschaftsvereine angehörten, auf ihren gemeinschaftlichen Antrag aus dem Verein ausscheiden konnten. Die meisten Deutschen Staaten führten das Preussische „Allgemeine Bergrecht“ bei sich ein, namentlich mit Aenderungen und Abweichungen und verhältnissmässig spät, so beispielsweise Anhalt erst im Jahre 1876. Im Königreich Sachsen<sup>1)</sup> ist das Knappschaftswesen durch Landesgesetz vom 1. April 1884 neu geregelt worden, in Baden dagegen blieb das Knappschaftswesen ohne landesgesetzliche Regelung.

Auch im Auslande, besonders in Frankreich und Belgien, begann allmählich die Aufmerksamkeit sich auf die deutschen Verhältnisse zu richten, und es entstanden ähnliche Vereinigungen, wie die deutschen Knappschaftsvereine mit Bestimmungen über die Krankenfürsorge, wie ungefähr im § 172 des allgemeinen Berggesetzes enthalten sind<sup>2)</sup>. In Frankreich riefen die ausserordentlichen Unglücksfälle im Departement de l'Ourte das kaiserliche Decret vom 26. Mai 1812 über die Bildung einer Caisse de prévoyance (Invaliden- und Wittwenpensionskasse) für die Kohlenbergleute jener Departements hervor. Als in Belgien am 22. Juni 1838 und am 8. April 1839 auf der Grube Espérance bei Seraing 60 Bergleute und auf der Grube Horloz bei St. Nicolas 55 Bergleute ihren Tod fanden,

<sup>1)</sup> Simons, l. c. S. 8.

<sup>2)</sup> Achenbach, l. c. S. 295.

das *Associationnement* Charteroy, am 20. September 1841 (Caisse du Centre), am 27. Januar 1844 für Luxembourtember 1856 für die Steinbrüche in der Provinz Hainau liche Decrete bestätigt worden. Obgleich bei Einrichtung ein Beitrittszwang nicht bestand, wurde dennoch in allen Urkunden seit dem Jahre 1840 den Concessionären die auferlegt, der vom Könige bestätigten Caisse de prévoyance. Trotzdem ist es den angegebenen Kassen nicht gelungen juristischer Personen zu erlangen, wie dies in Deutschland wo die Knappschaftsvereine mit der Bestätigung ihrer Statuten das Oberbergamt diese Eigenschaft erhalten. Ausserdem stimmungen der Belgischen Caisse de prévoyance weit besser die der Knappschaftsvereine, indem die Pensionen nicht an alle Leute überhaupt, sondern nur an Unfallsinvaliden, d. h. richtet werden, welche bei der Arbeit durch Verunglücke unfähig werden. Ebenso werden die hinterbliebenen Witwen, Grosseltern und Kinder, nur dann regelmässig unterstützt, wenn des Ernährers bei der Betriebsarbeit erfolgt ist.

Die deutschen Knappschaftsvereine gingen allmählich, samer Regelung und Vertretung der gleichen Interessen, ein<sup>1)</sup> und bildeten den allgemeinen Deutschen Knappschaftsverband in Aachen. Die erste Veranlassung zu diesem war ein Erlass des Preussischen Ministers für Handel, Gewerbe und öffentliche Arbeiten vom 25. Februar 1870, in welchem er eine Vollkommnung der bestehenden Knappschaftseinrichtungen sprechende Reform der Knappschaftsstatuten beabsichtigt zunächst zu einem Verbandsrathe der Knappschaftsvorstände bezirk Bonn, woselbst nicht weniger als 48 (jetzt 43) Kassen

Das Gesetz, betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter vom Juni 1883 erstrebte, wie in den Motiven S. 44 bemerkt ist, in die Verhältnisse der Knappschaftskassen nicht weiter einzugreifen, als erforderlich war, um ihren Mitgliedern dasselbe Maass der Krankenunterstützung zu sichern, welches den Mitgliedern der auf Grund dieses Gesetzes errichteten Krankenkassen gewährt wurde. Die Knappschaftskassen hatten also mindestens freie Cur und Arznei (§§ 6 und 7), Krankengeld (§ 20) und als Krankengeld die Hälfte des ortsüblichen Lohnes gewöhnlicher Tagelöhner (§ 20, Absatz 1 und 2) zu gewähren, Forderungen, denen die Knappschaftskassen mit wenigen Ausnahmen schon vorher nachgekommen waren und die sie, wie bekannt, grösstentheils, z. B. bezüglich der Krankengelder übertrafen.

Von einschneidender Bedeutung für das Knappschaftswesen war das Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetz vom 22. Juni 1889, in Kraft getreten am 1. Januar 1891. In diesem Gesetze sind keinerlei Bestimmungen enthalten, die auf die Knappschaftskassen Bezug oder Rücksicht nehmen; es sind auch keinerlei Bedingungen festgestellt, unter denen die Knappschaftskassen als Trägerinnen dieser Versicherung in Betracht kommen könnten; vielmehr ist es dem Entschieden des Bundesrathes überlassen zu bestimmen, welche Kasseneinrichtungen den im Gesetz gestellten Anforderungen entsprechen.

Auf Antrag der Betheiligten hat der Bundesrath bisher nur 4 Anlagen bezeichnet, die diesen Anforderungen entsprechen und als solche anerkannt:

1. die Norddeutsche Knappschafts-Pensionskasse zu Halle a. S.;
2. die Knappschaftskasse des Saarbrücker Knappschaftsvereins zu St. Johann;
3. die allgemeine Knappschaftspensionskasse für das Königreich Sachsen in Freiburg i. S.;
4. den allgemeinen Knappschaftsverein zu Bochum.

Noch tiefer als dieses Gesetz greift das Unfallversicherungsgesetz vom 6. Juli 1884, welches am 1. October 1885 in Kraft trat, in die bestehenden Einrichtungen der Knappschaft. Während nach dem alten Berggesetz ein Unterschied zwischen Erkrankung und Verletzung nur insofern der Kasse gegenüber bestand, als für die Mitglieder der wenigstens begünstigten Klasse, die sogenannten Minderberechtigten oder deren Hinterbliebenen, wie oben gesagt, im Falle einer Verletzung im Betriebe eine Rente gezahlt wurde, wogegen dieselbe bei natürlicher Erkrankung oder Todesfall wegfiel, bringt dieses Gesetz gerade dadurch, dass es alle in Folge Betriebsunfalls entstehenden Ansprüche und Schädigungen von der Knappschaftskasse ablöst, einen bedeutsamen Spalt in das ursprüngliche einheitliche Gefüge.

Der Vorläufer des Unfallversicherungsgesetzes war das Haftpflichtgesetz vom 7. Juni 1871. Nach diesem Gesetz haftet<sup>1)</sup> „der Betriebs-

<sup>1)</sup> Engels, Preussisches Bergrecht. Leipzig 1894.

unternehmer für jedes Verschulden irgend einer Person, welche zwischen ihm und dem Verunglückten steht, also eines Bevollmächtigten, Repräsentanten, Vorarbeiters, jedes Arbeiters, dem irgend eine Aufsicht übertragen ist; ferner wenn er es unterlässt diejenigen Einrichtungen herzustellen und zu unterhalten, welche bei der besonderen Beschaffenheit des Betriebs zur thunlichsten Sicherheit gegen Gefahr für Leben und Gesundheit nothwendig sind.“ Der Verunglückte oder dessen Hinterbliebenen haben jedoch dieses Verschulden des Betriebsunternehmers zu beweisen. Bei Körperverletzungen besteht der Ersatz in der Erstattung der Heilkosten und des durch die Erwerbsunfähigkeit oder Erwerbsminderung zugefügten Vermögensnachtheils; im Fall des Todes sind zu ersetzen: 1. die Kosten der versuchten Heilung und der Beerdigung; 2. der bis zum Tode durch die verminderte oder aufgehobene Fähigkeit zum Erwerbe erwachsene Schaden; 3. die Gewährung des Unterhalts an diejenigen, zu deren Unterhaltung der Getödtete verpflichtet war.

Das Haftpflichtgesetz leistet also dem Verunglückten oder seinen Hinterbliebenen, wenn dem Unternehmer oder seinen Aufsichtsbeamten ein Verschulden nachgewiesen werden kann, vollen Schadenersatz; da dieses Verschulden jedoch in jedem Falle gerichtlich zu beweisen ist, so wird dadurch der Arbeiter zur Processführung genöthigt und seine Zukunft von den Wechselfällen eines Rechtsstreites abhängig gemacht. Ausserdem bleibt die Hülfe, die das Haftpflichtgesetz dem Arbeiter bringen soll, unzulänglich, denn dasselbe berücksichtigt nicht die vieler zufälligen und ohne eigenes und fremdes Verschulden hervorgehenden Unglücksfälle. Diesen Uebelständen gewährt das Unfallversicherungsgesetz Abhülfe, indem es Entschädigung in allen Fällen gewährt, es sei denn, dass der Unfall durch eigenen Vorsatz des Verunglückten herbeigeführt ist; den vollen Schadenersatz, wie das Haftpflichtgesetz gewährt es jedoch nur dann, wenn der Unfall durch Vorsatz des Unternehmers, Bevollmächtigten, Repräsentanten, Betriebs- und Arbeitsaufsehers herbeigeführt und dies zuvor durch strafrechtliches Urtheil festgestellt ist (§ 95).

Die Kosten der Versicherten werden von den Betriebsunternehmern allein getragen, die zu Berufsgenossenschaften vereinigt sind. Nachdem sich die Knappschaftsvorstände für die Bildung der vom Gesetze zugelassenen Knappschafts-Berufsgenossenschaften ausgesprochen hatten, ist von der grossen Mehrzahl der Betriebsunternehmer die Bildung einer einzigen Knappschafts-Berufsgenossenschaft für das Deutsche Reich beschlossen und von dem Bundesrathe genehmigt worden. Sie umfasst alle Betriebe, welche landesgesetzlich bestehenden Knappschaftsvereinen zugehören, ausser den Eisenhochöfen, Eisen- und Stahl-, Frisch- und Streckwerken, Eisengiessereien, Schwarz- und Weissblechfabriken; ihre Mitglieder sind aber die Betriebsunternehmer, welche für alle im Betrieb beschäftigten Arbeiter ohne Weiteres Collectiv-Versicherung üben, während in den Knappschaften die Arbeiter die Mitglieder sind, soweit dieselben mit Namen in die Knappschaftsrolle eingetragen sind.

ie Organe der Knappschafts-Berufsgenossenschaft sind: 1. die Genossenschaftsversammlung (bestehend aus Delegirten der Sectionen, einer auf 5000 Versicherte); 2. der Genossenschaftsvorstand (bestehend aus 16 Mitgliedern, von der Genossenschaftsversammlung gewählt auf 6 Jahre); 3. die Sectionsversammlung (bestehend aus sämtlichen Mitgliedern der Section); 4. der Sectionsvorstand (aus mindestens 16 Mitgliedern, gewählt von der Sectionsversammlung).

Die Vertrauensmänner und die Beauftragten.

Der von der Berufsgenossenschaft geleistete Schadenersatz soll in drei Theilen bestehen: 1. in den Kosten des Heilverfahrens, welche vom Verletzten der 14. Woche nach Eintritt des Unfalls entstehen; 2. in der Rente für die Dauer der Erwerbsunfähigkeit zu gewährenden Rente

im Falle der Tödtung: 1. als Ersatz der Beerdigungskosten das 10fache des durchschnittlichen Arbeitstagesverdienstes, jedoch mindestens 30 Mk.; 2. in einer den Hinterbliebenen des Getödteten vom Tage an zu gewährenden Rente (§ 6).

Für jede Section der Berufsgenossenschaft besteht ein Schiedsgericht, welches aus einem öffentlichen Beamten als Vorsitzenden, zwei Betriebsräthen und zwei Arbeiter gebildet wird.

Die Entscheidung des Schiedsgerichts geht binnen 4 Wochen in Rechtskraft über. Recurs an das Reichsversicherungsamt, dessen Vorsitzender und die übrigen Mitglieder vom Kaiser ernannt, 4 nichtständige vom Bundesrat, 2 von den Genossenschaftsvorständen und den Arbeitervertretern auf 4 Jahre gewählt werden.

Von den übrigen Berufsgenossenschaften unterscheidet sich die Knappschafts-Berufsgenossenschaft dadurch, dass:

1. Entschädigungsbeträge auch über 50 pCt. hinaus von derjenigen Section zu tragen sind, in deren Bezirk die Unfälle eingetreten sind;
2. dass den Knappschaftsältesten die Functionen der im § 41 bezeichneten Vertreter der Arbeiter übertragen werden;
3. dass die Auszahlung von Entschädigungen durch die Knappschaftskasse geschieht.

Das Statut der Knappschafts-Berufsgenossenschaft<sup>1)</sup> ist unter dem Namen vom Reichsversicherungsamt genehmigt, der Sitz der Berufsgenossenschaft ist in Berlin und das Organ derselben der „Kom-

Die Knappschaft ist in 8 Sectionen getheilt:

1. Section. Oberbergamtsbezirk Bonn (ausser Hohenzollern), Sitz in Bonn mit Waldeck, Pyrmont, Birkenfeld, Herzogthum Nassau, Hessen und Elsass-Lothringen.
2. Section. Oberbergamtsbezirk Dortmund, Sitz Bochum.

<sup>1)</sup> Engels, l. c. S. 132.



V. Section. Oberbergamtsbezirk Breslau, Regierung Posen, Ost- und Westpreussen; Sitz Schlesien.

VI. Section. Regierungsbezirk Oppeln; Sitz Tarnow

VII. Section. Königreich Sachsen; Sitz Dresden.

VIII. Section. Bayern, Württemberg, Hohenzollern München.

Während auf diese Weise die wirthschaftliche S  
Bergleute gegen die Folgen der Betriebsunfälle von  
durch die Knappschafts-Berufsgenossenschaft im Wesent  
ist, gewährt, Dank den besonderen Bestimmungen  
diese den Invaliden überhaupt, also auch den Unfallin  
schiedene Wohlthaten<sup>1)</sup>. So: 1. freie Cur und Arznei,  
Folge des Betriebsunfalls nothwendige Heilverfahren be  
2. schliessliche völlige Pensionirung der Unfallinvaliden, d  
weiser Erwerbsunfähigkeit nach dem Maasse der verbl  
fähigkeit entschädigt wurden; 3. Pension für die Wi  
der Unfallinvaliden, welche später eines natürlichen, r  
Unfall veranlassten Todes starben und bei einzelner  
4. Kindergelder auch bei Lebzeiten der Invaliden; sel  
Sterbegeld für die Unfallinvaliden, die eines natürliche

Was nun die Verfassung und Verwaltung der Kn  
betrifft, so regelt sich diese nach den §§ 178 ff. des a  
gesetzes (24. Juni 65). Die Verwaltung eines jeden Kn  
erfolgt unter Betheiligung von Knappschaftsältesten d  
der Generalversammlung gewählten) Knappschaftsvorste  
Knappschaftsältesten werden von den zum Vereine ge

ihrer Mitte oder aus der Zahl der Königlichen oder Privat-Berg-  
ten gewählt (§ 180).

Der Knappschaftsvorstand vertritt den Verein nach Aussen, leitet  
Wahlen der Knappschaftsältesten, erwählt die Beamten und Aorzte  
Vereins, schliesst die Verträge mit denselben und den Apotheken  
erlässt die erforderlichen Instructionen, verwaltet das Vermögen des  
ins und besorgt alle übrigen, ihm durch das Statut übertragenen  
häfte. Die Oberbergämter haben das Aufsichtsrecht und überwachen  
Beobachtung des Statuts und die Verwaltung des Vermögens durch  
n Commissar (§§ 183—184).

Der Knappschaftsvorstand ist jederzeit verpflichtet dem Oberberge-  
e und dessen Commissar auf Verlangen Einsicht der über seine Ver-  
lungen zu führenden Protokolle, der Kassenbücher und der gelegten  
nungen, sowie die Revision der Kasse zu gestatten (§ 185).

Die Statuten der einzelnen Knappschaftsvereine weichen in nur  
igen Punkten von einander ab; die hauptsächlichsten Bestimmungen  
elben sind folgende<sup>1)</sup>: Die Vereinsmitglieder unterscheidet man in  
ve und inactive Mitglieder (Invalide); die activen werden in ständige  
vollberechtigte und unständige oder minderberechtigte eingetheilt  
auch diese werden gewöhnlich noch in verschiedene Gruppen, in  
- und minderberechtigte I. und II. Klasse gesondert. Die Minder-  
chtigten der ersten Klasse (alle Minderberechtigten mit Ausnahme  
jugendlichen und weiblichen Arbeiter, welche die II. Klasse der  
derberechtigten ausmachen) sind verpflichtet nach einer gewissen  
die bei den verschiedenen Knappschaftsvereinen verschieden lang  
essen ist, sich zur Aufnahme unter die Vollberechtigten zu melden,  
ausgesetzt, dass sie das 40. Lebensjahr noch nicht überschritten  
en. Sie haben nur dann Anspruch zur Aufnahme unter die Voll-  
chtigten, wenn sie durch knappschaftsärztliches Zeugnis nachweisen,  
sie gesund, zur Werksarbeit tauglich und frei von solchen Krank-  
sanlagen sind, welche einen frühen Tod oder vorzeitige Arbeitsun-  
gkeit erwarten lassen. Epilepsie und Geisteskrankheit schliessen die  
nahme unter die Vollberechtigten unbedingt aus; eine geringe Schwer-  
zekeit, Einäugigkeit, ein Bruchschaden sind bei einigen Knappschafts-  
inen kein Hinderungsgrund für die Aufnahme, begründen aber bei  
r später durch das betreffende Leiden entstandenen Invalidität nur  
Ansprüche der niederen Klasse.

Anspruch auf Krankenunterstützung haben sämtliche Vereins-  
ssen, die Knappschaftsinvaliden, sowie die Ehefrauen und die unter  
ahr alten Kinder der voll- und minderberechtigten Vereinsgenossen.  
besteht in freier Cur und Arzenei (einschliesslich der Brillen und  
hbänder etc.) und der Gewährung eines Krankengeldes bei Erwerbs-  
nigkeit der voll- und minderberechtigten Mitglieder; in freier Cur

<sup>1)</sup> Ich halte mich im Wesentlichen an das seit Mai 1897 in Kraft stehende neue  
t des Niederschlesischen Knappschaftsvereins.

ernanten ihr Krankengeld bereits vom 1. Tage ihrer Sonntage oder allgemeine Feiertage wird Krankenge Das tägliche Krankengeld beträgt die Hälfte des durchlichen Arbeitsverdienstes; für diejenigen, die in ein untergebracht sind und Angehörige zu unterhalten hatrages =  $\frac{3}{8}$  des Arbeitsverdienstes; in den anderen des Arbeitsverdienstes.

Die Krankenunterstützung wird bis zur Dauer v währt; ist nach Ablauf dieser Frist der Kranke n hergestellt, dass er ohne Schaden für seine Gesundheit aufnehmen kann, so kann, wenn innerhalb weitere Wiederherstellung zu erwarten steht, die Curfrist auf vom Vorstande widerruflich bis zur Dauer von 6 J werden.

Ist die Curfrist verstrichen, so werden die minde eingeslossen aus der Kasse ausgeschlossen und habe Anspruch mehr an dieselbe; die vollberechtigten schaftsinvaliden gemacht und die Invaliden werden al unfähig aus der Cur entlassen.

Die Höhe der Invalidenunterstützung ist abhängig welcher der Berechtigte zuletzt angehört hat, und vo Ist begründete Aussicht vorhanden, dass der zu 1 einmal zur Verrichtung der Werksarbeit fähig wird, so zunächst zum zeitweiligen Invaliden zu erklären; d validen haben sich in den vom Arzte bestimmten Z Nachuntersuchung einzufinden; die dauernden Invaliden regelmässigen Nachuntersuchungen befreit. Hat der Unterhalt von Frau und Kindern Sorge zu tragen, so

hat, zugleich als Knappschaftsinvaliden. Als Invalidenunterstützung wird in diesem Falle gewährt:

- a) an vollberechtigte Vereinsgenossen die statutenmässige Invalidenunterstützung unter Erhöhung des Dienstalters um 15 Jahre;
- b) an minderberechtigte Vereinsgenossen I. Classe (d. h. an alle Minderberechtigten mit Ausnahme der jugendlichen und weiblichen Arbeiter) die statutenmässige Invalidenunterstützung der II. Classe für fünfzehnjährige Dienstzeit;
- c) an minderberechtigte Vereinsgenossen der II. Classe die statutenmässige Invalidenunterstützung für einjährige Dienstzeit.

Und Vereinsgenossen des Unterstützungsberechtigten ohne ihr Ver-  
en, durch Unglück, Siechthum oder Krankheit in eine besonders  
dürftige Lage gerathen, so können sie auf Antrag der Knapp-  
schäften vom Vorstände ausserordentliche, einmalige oder laufende  
Unterstützungen bewilligt erhalten. Diese Unterstützungen können auch  
einmalige minderberechtigte Vereinsgenossen gewährt werden.

Über die Zahl und geographische Verbreitung der Knappschafts-  
vereine in Deutschland und die Zahl der Mitglieder giebt die unten-  
stehende Tabelle, welche Simons (Das Deutsche Knappschaftswesen)  
veröffentlicht hat, einen Ueberblick.

	A n z a h l d e r									
	Knappschaftsvereine					Vereinsmitglieder				
	1885	1890	1891	1892	1893	1885	1890	1891	1892	1893
... ..	81	74	74	74	74	331609	389035	410889	419231	415533
... ..	29	29	3	3	3	26077	26953	31269	30600	30802
... ..	40	42	42	43	43	5653	7245	7479	7671	7663
berg.	4	3	3	3	3	2201	2194	2162	2149	2161
zög-										
Hessen	7	8	7	6	6	1153	1796	2056	1712	1715
hum										
schweig	2	2	2	2	2	1445	1971	1953	1874	1946
hum										
en-Mei-										
... ..	1	1	1	1	1	271	207	190	201	190
hum										
en-Al-										
rg...	1	1	1	1	1	1281	1478	1591	1658	1773
hum										
t...	1	1	1	1	1	3350	3796	4235	4438	4278
thum										
ek...	1	1	1	1	1	136	230	240	246	270
thum										
zburg.	2	2	2	2	2	111	98	184	108	104
Lo-										
en...	2	2	2	2	2	3458	3851	4118	4072	4380
	171	166	139	139	139	576745	435854	466366	473960	470815

der Knappschaftsverein im Oberbergamtsbezirk Halle  
schaftsverein der Saline Theodorshall bei Kreuznach  
bezirk Bonn dazu und im Jahr 1890 verminderte<sup>2)</sup> sie  
indem sich der Märkische, Essener und Mühlheimer  
im Oberbergamtsbezirk Dortmund zu einem Verein  
„Allgemeiner Knappschaftsverein“ mit dem Sitz in B

Von den Hilfskassen, an die sich, zur Verbes  
riellen Lage in Krankheitsfällen zuweilen die Berg  
verdienen die Hirsch-Dunker'schen Gewerkvereine bes  
Dieselben unterscheiden sich ja, nachdem der § 15  
gesetzes vom 7. April 1876 bestimmt hat, dass M  
werkvereinskrankenkasse wegen ihres Austritts oder  
dem Gewerkverein nicht auch aus der Krankenk  
werden können, wenn sie dieser bereits 2 Jahre ange  
mehr im Wesentlichen von anderen Krankenkassen.

In den Oberbergamtsbezirken Dortmund, Bres  
Preussen<sup>3)</sup> bestehen vielfach auf einzelnen Werken b  
Sterbe- und Unterstützungskassen, welche den bet  
zeitweilige oder einmalige Zuschüsse bei Nothständ  
die Leistungen der Knappschaftsvereine nicht ausre  
Diese Hilfskassen werden dadurch unterhalten, dass  
beiter regelmässige, satzungsmässige Beiträge leister  
besitzer hierzu Zuschüsse liefern, oder dass die Werks  
ohne Statuten, der Kasse laufend oder unter Zuwe  
tragenden Kapitals die Kosten bestreiten. In allen  
auf Grund der Arbeitsordnungen verfallenen Strafge  
nicht ausgezahlte Lohnpfennige zu jenen Kassen;

gehören beispielsweise<sup>1)</sup> das Arnold Luschwitz'sche Legat für kranke Berg- und Hüttenleute Ober- und Niederschlesiens, v. Winkler Stiftung für die auf den Thiele-Winkler'schen beschäftigten Arbeiter und die Stiftung Friedrich II., deren Zweck die Versorgung verunglückter gewerkschaftlicher Beamte und Arbeiter der schlesischen Steinkohlenbergwerke, sowie deren Hinterbliebenen ist.

In den nunmehr folgenden statistischen Zusammenstellungen be-  
 kennen wir uns zunächst der Einheitlichkeit und Uebersicht halber  
 Statistik der Knappschaftsvereine des Preussischen Staates, wie  
 hrlich in der Zeitschrift für das Berg-, Hütten- und Salinenwesen  
 . Es sind in diesen statistischen Zusammenstellungen in  
 Weise die Berg- und Salinenarbeiter, wie auch die Hütten-  
 berücksichtigt, soweit die letzteren sich in knappschaftlichen  
 en (siehe unten) befinden. Nach den in diesen Berichten ent-  
 Tabellen wurden in Preussen beschäftigt in den Jahren:

1876	Werken	182624	ständige,	143749	unständige,	zusammen	326373	Arbeiter,
1846	"	190427	"	140682	"	"	331309	"
1944	"	198137	"	144771	"	"	342908	"
1994	"	203896	"	159438	"	"	363334	"
2036	"	208628	"	180407	"	"	389035	"
2036	"	233775	"	177114	"	"	410889	"
1971	"	249020	"	170211	"	"	419231	"
1948	"	252770	"	162755	"	"	415533	"
1754	"	264699	"	157855	"	"	422554	"
1688	"	271766	"	156360	"	"	428126	"

Krankensbewegung erhellt aus der folgenden Tabelle.

anke ber- ept 2).	Davon be- schädigt bei der Arbeit.	Anzahl der Krank- heitstage.	Krank- heitstage auf einen Krank- heitsfall.	Krank- heitsfälle auf 100 Arbeiter.	Invalid geworden.	Gestorben.	Davon bei der Arbeit ver- unglückt.
4415	29829	2402742	15.6	47.31	5190	2921	660
2412	30289	2376197	15.5	46.00	4794	2793	662
1208	31213	2408976	15.9	44.09	4378	2839	744
7953	34942	2692027	16.0	46.22	4718	2929	712
8475	35259	2769587	14.0	51.01	3340	3347	780
7346	41879	3185065	14.7	52.89	4878	3510	886
2826	37554	3599302	16.9	50.76	4959	3331	760
5739	41877	3979739	16.9	56.73	5718	3579	865
7014	40132	3826432	16.9	53.72	6999	3177	732
5775	40792	3927132	16.7	55.07	5072	3197	635

Die Einrichtungen zum Besten etc. S. 46.

Die in der Statistik der Preussischen Knappschaftsvereine auf Seite K 29  
 nkheitsfälle überhaupt aufgenommene Rubrik (in unserer Tabelle: Kranke  
 ) dürfte viel zu niedrige Werthe enthalten, da die Zusammenstellung zahl-  
 icken erkennen lässt. Es finden dabei diejenigen keine genügende Berück-  
 z, die ohne arbeitsunfähig zu sein, krank waren und den Arzt consultirten.



Im Oberbergamtsbezirk Dortmund kommen im Ibbenbürener Knappschaftsverein auf einen Arzt 64 Mitglieder, im Neusalzwerker K. V. nur Mitglieder:

im Rothenfelder K. V. . . . .	53 Mitglieder
im Salzkothener K. V. . . . .	17 „
im Gottesgabener K. V. . . . .	7 „
im Sassendorfer K. V. . . . .	27 „

Auch im Oberbergamtsbezirk Bonn finden sich kleine Knappschafts-  
nigel, so kommen auf einen Arzt im Knappschaftsverein

der Saline Münster a. St. . . . .	12 Mitglieder
der Saline Theodorshalle . . . .	16 „
im K. V. Eifel . . . . .	55 „
im neuen St. Wendeler K. V. . . .	21 „
im K. V. der Hohenzollern'schen Lande . . . . .	42 „
im K. V. der Saline Werl, Neuwerk und Höppe . . . . .	52 „

Abgesehen von diesen kleinen und kleinsten Vereinen, kann man annehmen, dass die Durchschnittszahl der Vereinsmitglieder in dem Curbezirk 1000 betragen dürfte<sup>1)</sup>. Wenn hierzu noch die Frauen Kinder der Voll- und Minderberechtigten in Höhe von durchschnitt- 2400 Köpfen hinzukommen, so würde für den einzelnen Cur- nigel die Anzahl der Curberechtigten in den Vereinen, in denen die Frauen und Kinder der Mitglieder freie ärztliche Behandlung essen, 3400 Köpfe betragen.

In diesem ihm vom Knappschaftsvorstande genau umschriebenen abgegrenzten Sprengel oder Curbezirk hat der Knappschaftsarzt contractliche Verpflichtung übernommen die ärztliche Behandlung voll- und minderberechtigten Mitglieder, unter Umständen auch ihrer ren und Kinder, der letzteren, soweit sie unter 15 Jahren sind, und der liden zu versehen. Er hat die Verpflichtung kleinere Operationen ohne ndere Vergütung vorzunehmen; für geburtshülfliche Operationen bei den ren der Kassenmitglieder wird gewöhnlich besonders Zahlung geleistet. Bei Unglücksfällen auf der Grube des Bezirks ist der Arzt ver- tet, der Aufforderung der Grubenbeamten alsbaldige Folge zu n und sich auf der betreffenden Bergwerksanlage der Bestellung ent- ehend, sofort einzufinden. Der Knappschaftsarzt hat täglich Sprech- den abzuhalten, muss aber auch die Kranken, sofern dieselben bett- rig oder sonst nicht fähig sind, den Arzt aufzusuchen, in ihrer mung behandeln. Kranke, bei denen die häusliche Pflege nicht aus- end erscheint, bei denen grössere operative Eingriffe oder ein be- leres in der Revierbehandlung nicht angängiges oder durchführbares verfahren angezeigt erscheint, sowie diejenigen Kranken, die an an-

<sup>1)</sup> Im Waldenburger Bezirk des Niederschlesischen Knappschaftsvereins im : 1896: 1182 und einschliesslich der Invaliden 1255.



steckenden Krankheiten leiden, hat er den Bestimmungen gemäss Krankenhaus- oder Lazarethbehandlung zu überweisen. Im Uebri- verpflichtet sich der Vereinsarzt „den Instructionen des Vorstands Bezug auf formelle Behandlung der Vereinsangelegenheiten nachzukommen, dessen Requisitionen betreffend statistische und periodische Arbeit erledigen und über die Behandlung der Vereinsgenossen und Inval- ein besonderes Krankjournal zu führen“.

Die im Cursprengel des Arztes wohnhaften Knapps- mitglieder, eventuell auch ihre Familienangehörigen sind verpf- in Krankheitsfällen, denselben zu consultiren, und nur in seine- wesenheit oder Behinderung bei dringlichen Fällen berechtigt, an einen anderen Arzt zu wenden. Dieser Zwang wird in- Fällen beiderseits drückend empfunden: von den Kassenmitgliedern diese bei der Wahl ihres Arztes gern ihrer Neigung und ihrem- nannten Vertrauen folgen möchten, und von den Aerzten selbst, w- häufig unter dem Widerwillen und Widerstreben der Kassenmitglieder- leiden haben und gelegentlich das Entgegenkommen und die Willk- keit vermissen, ohne die ein gedeihliches Ausüben der Praxis se- schwert wird und weil sie in der Beschwerde beim Vorstande ni- schwerfälliges und manchmal versagendes Mittel gegen ungehörige- beleidigendes Verhalten der Kassenmitglieder besitzen.

Die Vorstände der Knappschaften haben bisher völlig ein- gegen die freie Aerztewahl Stellung genommen. Schon 1891<sup>1)</sup>, z- Novelle zum Krankenversicherungsgesetz berathen wurde, wird- Knappschaftsvereine zu einer Aeusserung über ihre Stellung zur- Aerztewahl von den Aufsichtsbehörden veranlasst und in einer S- vom 9. Dezember 1891 erklärte der allgemeine deutsche Knapps- verband sich durchaus ablehnend dazu. Als Grund<sup>2)</sup> gegen die- Aerztewahl führt man zunächst den erhöhten Kostenaufwand ins- Diese Vertheuerung würde entstehen in erster Linie dadurch, das- die Aerzte „nachsichtiger, als für die Kasse dienlich gegen Simu- zeigen würden, was dann, besonders in wirthschaftlich ungünstigen- die Kassen sehr belasten würde“. Ferner wird als Grund gegen die- Aerztewahl angegeben, dass durch dieselbe die Aerzte der Willk- Arbeiter übergeben würden; sie müssten aber unabhängig von de- beiteren gestellt sein und von deren Agitationen, „welche erfah- mässig häufig von andern Aerzten gemacht würden, um sich ins- zu bringen“.

Schliesslich wird geltend gemacht, dass, wenn die freie Aerzt- zugelassen würde, es vorkommen könnte, dass die Wahl anstatt nac- Tüchtigkeit - über welche die Arbeiter sich schwer ein Urtheil b- könnten — nach der politischen Gesinnung des Arztes, oder nach s- Kunst Agitation zu treiben, erfolgen würde.

1) Simons, l. c.

2) Arndt, Bergbau und Bergbaupolitik. Leipzig 1894.

Im Allgemeinen Knappschaftsverein zu Bochum<sup>1)</sup> ist laut § 16 des Statuts jedes Mitglied des Vereins berechtigt, zu bestimmten Zeitpunkten (zweimal im Jahre) sich von seinem zuständigen Revierarzte zu einem anderen, innerhalb eines Umkreises von 4 Kilometern wohnenden Knappschaftsarzte umzumelden.

Von diesem Rechte ist nur sehr wenig Gebrauch gemacht worden. Es haben sich umgemeldet:

im Mai 1894 . . .	2,06 pCt.	active Mitglieder
	4,20	" Invaliden
im November 1894	1,85	" active Mitglieder
	4,20	" Invaliden
im Mai 1895 . . .	2,00	" active Mitglieder
	3,50	" Invaliden
im November 1895	1,60	" active Mitglieder
	3,50	" Invaliden

In wieweit bei dieser geringen Benutzung der statutengemäss gegebenen Möglichkeit einer Auswahl unter den Aerzten örtliche oder andere Gründe hinderlich waren, lässt sich aus dem Bericht nicht erkennen. Schliesslich soll nicht unerwähnt bleiben, dass nach § 56 des Krankenversicherungsgesetzes vom 15. Juni 1883 auf Antrag von mindestens 10. April 1892

10 Versicherten die höhere Verwaltungsbehörde (hier also das Oberbergamt) nach Anhörung der Kasse und der Aufsichtsbehörde die Gewährung der freien ärztlichen Behandlung, Arznei- und Krankenhauspflege, durch weitere, als die vom Vorstande bestimmten Aerzte, Apotheken und Krankenhäuser verfügen kann, wenn durch die vom Vorstande getroffenen Anordnungen eine den berechtigten Anforderungen der Mitglieder entsprechende Gewährung jener Leistungen nicht gesichert ist. Die Verfügung der höheren Verwaltungsbehörde ist endgültig.

Zu den knappschaftsärztlichen Functionen gehört noch die Untersuchung neu anzulegender Arbeiter, die Untersuchung der Minderberechtigten, die in die Classe der Vollberechtigten eintreten, die Untersuchung der Validen und die Ausstellung entsprechender Zeugnisse; die Durchsicht der Liquidationen der Apotheker und die Beaufsichtigung über die Medicamente.

Der Knappschafts-Berufsgenossenschaft gegenüber stehen die Knappschaftsärzte entweder derart, dass jeder Revierarzt gleichzeitig Vertrauensarzt der Section ist; als solcher hat er die Unfallverletzten, soweit sie nicht in Anstalten und Lazarethen untergebracht sind, von der vierten Woche nach dem Unfall im Auftrage der Section zu behandeln; hat ferner die erforderlichen Verletzungsberichte, Befundberichte und sonstige Gutachten auszuarbeiten und an den Nachuntersuchungskommissionen theilzunehmen.

Oder die Vereinsärzte stehen in gar keiner Beziehung zur Berufsgenossenschaft. Mit dem vertrauensärztlichen Amte derselben ist

<sup>1)</sup> Tenholt, l. c.

ein einzelner Arzt, gewöhnlich der Knappschaftsoberarzt beauftragt und nur die Verletzungs- und Befundsberichte während der ersten 13 Wochen werden, soweit keine Anstaltsbehandlung stattfindet, von dem Revierarzt ausgestellt. Bei einzelnen Knappschaftsvereinen ist die Einrichtung getroffen, dass die Aerzte in bestimmten Zwischenräumen sich zu Zusammenkünften vereinigen, in denen sie ihre Erfahrungen austauschen, Angelegenheiten gemeinsamen Interesses besprechen und Vorschläge zur Abhilfe fühlbarer Missstände machen können, wofür eine besondere Reiseentschädigung vom Vorstande gewährt wird<sup>1)</sup>. Auch findet man gelegentlich eine medicinisch-wissenschaftliche Knappschaftsbibliothek, deren Benutzung den Knappschaftsärzten ohne Weiteres freisteht; in der Wurm-Knappschaft beispielsweise werden ausserdem die wichtigsten medicinischen Zeitschriften gehalten, die bei den einzelnen Knappschaftsärzten kostenlos herumgesendet werden.

Den Knappschaftsärzten zur Seite steht eine verhältnissmässig geringe Zahl von Krankenpflegern und -pflegerinnen.

In Preussen im Jahre	Pflegepersonal		Zusammen	Für ? Aerzte
	Männliches	Weibliches		
1886	58	20	78	807
1887	73	18	91	855
1888	80	20	100	894
1889	88	21	109	895
1890	84	24	108	900
1891	90	23	113	908
1892	91	24	115	936
1893	93	22	115	946
1894	101	18	119	954
1895	108	23	131	1012

Dieses Missverhältniss in der Zahl der Aerzte und dem Krankenwärterpersonal findet seine Erklärung darin, dass die Thätigkeit des letzteren in den Knappschaften lediglich auf Lazareth und Krankenhäuser beschränkt ist, wogegen den Revierärzten keine Heildiener oder sonstiges Pflegepersonal mit Ausnahme der den verschiedenen confessionellen Orden und Vereinigungen angehörenden, aber von der Knappschaft unabhängigen Schwestern, zur Verfügung stehen.

Wie aus den obigen Auseinandersetzungen erinnerlich, kann sowohl nach den Knappschaftsstatuten, wie auch nach dem Gesetz betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter (§ 7) und dem Unfallversicherungsgesetz (§ 5) die freie Cur und Verpflegung für ein Kassenmitglied in einem Krankenhause angeordnet werden und zwar 1. für Diejenigen, welche verheirathet oder Glieder einer Familie sind mit ihrer Zustimmung oder unabhängig von derselben, wenn die Art der Er-

<sup>1)</sup> Simons, Geschichte und Statistik der Wurm-Knappschaft. Berlin 1890.

ung (oder Verletzung) Anforderungen an die Behandlung oder  
 egung stellt, denen in der Familie des Erkrankten nicht genügt  
 i kann; 2. für sonstige Erkrankte (oder Verunglückte) unbedingt.  
 ler in einem Krankenhause Untergebrachte Angehörige, deren  
 alt er bisher aus seinem Arbeitsverdienst bestritten hat, so  
 ben der freien Cur und Verpflegung das im § 6 festgesetzte  
 ngeld zu leisten.

ine Reihe von Knappschaftsvereinen, auch grössere, besitzt jedoch  
 eigenen Krankenhäuser oder Lazarethe. Diese haben mit einzelnen  
 mehreren Krankenhäusern — im Allgemeinen Knappschaftsverein  
 n<sup>1)</sup> waren es Ende 1895 72 — bestimmte Verträge abgeschlossen.  
 nstalten sind verpflichtet, gegen eine Entschädigung pro Kopf und  
 eden Kranken oder Verletzten in Pflege und Behandlung zu  
 n. In der Behandlung inbegriffen sind die ärztliche Thätigkeit,  
 erabreichung der erforderlichen Arzneien, Stärkungsmittel und  
 idstoffe.

nach dem vom Königlichen Statistischen Bureau herausgegebenen  
 nhaus-Lexikon für das Königreich Preussen waren im Jahre 1885  
 le Knappschafts- und Hüttenlazarethe vorhanden:

Knappschafts- und Hüttenlazarethe im Jahre 1885<sup>2)</sup>.

	Kreis	Ort	Bezeichnung der Anstalt	Jahr der Er- richtung	Bettenzahl	Zahl der Verpflegten
m	Niederbarnim	Rüdersdorf	Knappschaftslazarath	1864	10	—
u	Neurode	Neurode	"	1851	40	105
	Waldenburg	Waldenburg	"	1832	130	1190
tz	Lübben	Kotzenau	Hüttenlazareth	1874	12	1
n	Beuthen O. S.	Beuthen	Knappschaftslazareth	1848	150	1877
		Ober Heyduck	"	1866	300	3382
		Lipina	"	1874	24	226
		Rosdzin	Hüttenlazareth	1878	32	254
	Kattowitz	Laurahütte	"	1871	34	410
		Mysłowitz	Knappschaftslazareth	1848	150	985
		Siemienowitz	"	1869	123	1418
	Pless	Nikolai	Fürstlich Pless'sches	1861	40	198
			Knappschaftslazareth			
		Orzesche	Knappschaftslazareth	1868	70	370
	Ratibor	Hultschin	"	1868	26	58
	Rybnik	Rybnik	"	1857	60	382
	Tarnowitz	Tarnowitz	"	1832	61	993
	Zabrze	Dorotheendorf	"	1858	245	2792

Hier besitzt die Section II der Knappschafts-Berufsgenossenschaft ein reich  
 attetes Lazareth: Bergmannsheil bei Bochum: geleitet von einem Chirurgen,  
 at Assistenzärzte zur Seite stehen.

Krankenhauslexikon für das Königreich Preussen. Herausgegeben vom Kö-  
 n. statistischen Bureau, bearbeitet von A. Guttstadt. Berlin 1886. II. Theil.

Re- gierungs- bezirk	Kreis	Ort	Bezeichnung der Anstalt	Jahr der Ein- richtung	Bettenanzahl	Zahl der Kranken
Merseburg	Gebirgskreis	Hettstedt	Knappschaftslazareth	1871	74	6
	Mannsfeld	Eisleben	"	1876	84	11
Osnabrück	Osnabrück	Georg Marien- hütte	Knappschaftslazareth des Georg Marien- Bergwerks- und Hüt- tenvereins	1872	30	3
Aranberg	Bochum	Welper	Hüttenlazareth der Heinrichshütte	1867	44	2
	Dortmund	Wambel	Lazareth des Hörder Bergwerks- und Hüt- tenvereins	1858	61	2
Düsseldorf	Stadtkreis	Essen	Krupp'sches Kranken- haus	1870	100	41
Trier	Ostweiler	Neunkirchen	Victorinahospital	1874	39	8
		"	Lazareth des Saar- brückener Knapp- schaftsvereins	1871	90	61
	Saarbrücken	Malstett- Burbach	Hüttenlazareth der Luxemburger Berg- werks- und Saar- brückener Eisen- hütten - Actien - Ge- sellschaft	1881	24	3
		Sulzbach	Lazareth des Saar- brückener Knapp- schaftsvereins	1862	90	37
		Völklingen	Lazareth des Saar- brückener Knapp- schaftsvereins	1868	100	34
Aachen	Aachen	Bardenberg	Knappschaftslazareth d. Wurmknappschaft	1856	40	12
	Schleiden	Machereich	Lazareth des Mainzer- Hagener Knapp- schaftsvereins	1883	70	14

Von diesen 30 Krankenhäusern sind 19 oder 63 pCt. vor 1870 gebaut und zeigen daher zum grossen Theil noch ursprüngliche Formen der Anlage und Einrichtung. Soweit wie angängig habe ich in der folgenden Tabelle die Einrichtungen dieser Lazarethe und Krankenhäuser nach hygienischen Gesichtspunkten geordnet, zur Darstellung zu bringen versucht. Leider waren über einzelne dieser Krankenhäuser keine genaueren Angaben zu finden, so dass diese Tabelle nur über 12 derart Anstalten berichtet; ausserdem ist zu berücksichtigen, dass das Material inzwischen mannigfaltige Veränderungen und Verbesserungen zeigen dürfte.

Das Bausystem ist bei allen diesen Lazarethen und Krankenhäusern das Corridorsystem mit einer einzigen Ausnahme. Als sich dann das Bedürfniss nach Vergrösserung der Anstalten geltend machte, wurde

ner grösseren Anzahl Baracken gebaut. Die Baufläche auf den neuen Kranken berechnet, bleibt in den meisten Fällen bedeutend dem Erforderlichen zurück. Ebenso fällt die Fussbodenfläche im Bett und der Cubikraum für einen Kranken<sup>1)</sup> in allen angelegten Krankenhäusern sehr gering aus. Auch Heizung und Lüftung in einer Anzahl der Anstalten nicht in dem für ein Krankenhaus erforderlichen Grade zu verändern. Ueber die Beschaffenheit der Wände, Böden und Fussböden, über die Himmelsrichtung der Anlage war aus den Berichten zu erfahren. Sonderräume für Kranke mit gradig ansteckenden Krankheiten, besondere Isolirbaracken mit entsprechender Einrichtung, Desinfectionsräume und -geräthschaften, waren in einem Falle besonders erwähnt.

In Ergänzung des bereits oben Gesagten fügen wir aus den Berichten der einzelnen Vereine im Preussischen Staate über die Unterbringung ihrer Mitglieder in Krankenhäusern und Heilanstalten, soweit von Interesse für uns ist, das Folgende hinzu:

Im Oberbergamtsbezirk Breslau sendet der Oberschlesische Knappschaftsverein seine Augen- und Ohrenkranken in die Augen- und Ohrenklinik zu Gleiwitz, sowie nach dem Badeort Goczalkowitz, woselbst ein Kurhaus aus Vereinsmitteln erbaut ist.

Die kranken weiblichen Arbeiter werden, soweit Krankenhausbehandlung für sie nothwendig wird, im Niederschlesischen Knappschaftsverein in einer besonderen Abtheilung des Waldenburger Knappschaftsvereins von den in Waldenburg stationirten Diakonissinnen gepflegt.

Im Oberbergamtsbezirk Halle benutzen der Neupreussische Knappschaftsverein, der Saalkreiser Knappschaftsverein und z. Th. der Halberstädter Knappschaftsverein die Halle'schen Universitätskliniken als Krankenhäuser. Der letztere sendet seine kranken Mitglieder ausserdem nach Braunschweig, Calbe, Magdeburg, Schönebeck und Stassfurt in die dortigen, dem Vereine nicht zu Eigen gehörenden Krankenhäuser.

Im Oberbergamtsbezirk Clausthal bestanden in dem Hauptknappschaftsverein zu Clausthal noch im Jahre 1894 zwei eigene Lazarethe; dieselben wurden 1895 aufgegeben, und dafür mit zwei Krankenhäusern Aufnahme kranker Mitglieder Verträge abgeschlossen. Im Casseler Knappschaftsvereine werden die der Krankenhausbehandlung Bedürftigen in Landkrankenhäusern untergebracht und im Hoeder Knappschaftsverein hat der Verein Eigenthumsantheil am Krankenhause der Stadt und die Berechtigung jederzeit Kranke in demselben verpflegen zu lassen.

Im Oberbergamtsbezirk Dortmund steht der allgemeine Knappschaftsverein zu Bochum, wie schon oben gesagt, mit sämmtlichen

<sup>1)</sup> Flügge, Grundriss der Hygiene. S. 553, verlangt 160 qm, 9—13 qm, 9 cbm.

<sup>2)</sup> Statistik der Knappschaftsvereine des Preussischen Staates im Jahre 1895. Bd K5.

No.	Ort	Bezeichnung der Anstalt	Baufläche für jeden Kranken	System	Fussbo- denfläche für 1 Bett	Cubikraum für jeden Kranken	Heizung
			qm		qm		
1.	Neurode	Knappschafts- lazareth	44,1	Corridor	6,70	21,40	Ofen
2.	Walden- burg	"	40,0	"	7,74	30,03	Luft
3.	Beuthen	"	8,8	"	7,20	27,10	Heis- wass
4.	Ober- Heyduck	"	124,7	Corridor und 2 Baracken	7,70	30,0	Heis- wass und I
5.	Myslowitz	"	45,1	Corridor	7,30	27,0	Ofen
6.	Siemie- nowitz	Knappschafts- lazareth der Laurahütte	55,6	Corridor und 1 Baracke	7,0	29,0	Ofen Luft
7.	Orzesche	Knappschafts- lazareth	124,7	Corridor	6,6	30,5	Ofen
8.	Rybnik	"	136,8	"	7,50	28,0	"
9.	Doro- theendorf	"	130,2	Corridor und 1 Baracke	7,30	27,0	Heis- wasser Luft
10.	Hettstedt	"	84,3	Corridor	13,5 bezw. 6,7	52,6 25,7	Kachel- ofen, Stachel- gitter
11.	Eisleben	"	88,3	"	9,6	31,2	Regulär Mantelofen
12.	Essen	Friedrich Krupp'sches Krankenhaus	200,0	Ver- waltungs- gebäude und Baracken	8,0	40,0	Ventila- tionsofen

ftung	Abort- Einrichtung	
irlich	Klosets, Senkgruben	Liegt ausserhalb der Stadt in der Ebene. Wasserversorgung aus Brunnen. Kochküche ohne Dampfbetrieb. Handwäsche. Badezimmer.
stlich	Klosets, Senkgruben, Abfuhr	In nächster Nähe bewohnter Stadttheile. Anschluss an die Wasserleitung des Ortes. Badezimmer.
"	Becken, Senkgruben, Abfuhr	In nächster Nähe bewohnter Stadttheile. Lüftung mit Dampfbetrieb und in Verbindung mit der Heisswasserheizung. Anschluss an die Wasserleitung des Ortes. Badezimmer. Gasbeleuchtung.
"	Wasserklosets Senkgruben, Abfuhr	In der Ebene gelegen, in nächster Nähe der Stadt Königshütte. Lüftung mit Dampfbetrieb. Im Hauptgebäude Heisswasser-, in den Baracken Luftheizung. Anschluss an die Wasserleitung der Stadt. Badezimmer. Gasbeleuchtung.
"	Klosets, Senkgruben, Abfuhr	In nächster Nähe bewohnter Stadttheile; in der Ebene. Wasserleitung aus dem Przemsfluss. Badezimmer. Gasbeleuchtung.
"	Wasserklosets bezw. Becken, Senkgruben, Abfuhr	Im Hauptgebäude Ofenheizung, in den Baracken Luftheizung. Anschluss an die Wasserleitung des Ortes. Badezimmer. Gasbeleuchtung. Wasserklosets in der Baracke.
"	Becken, Senkgruben, Abfuhr	Die Anstalt liegt ausserhalb der Stadt. Selbstständige Wasserleitung aus Brunnen. Badezimmer.
"	Becken, Senk- gruben, Lei- tung auf Wiesen	In nächster Nähe von bewohnten Stadttheilen. Selbstständige Wasserleitung aus Brunnen. Badezimmer.
"	Becken bezw. Wasserklosets Senkgruben. Canalisation mit Beriesel- ung	In nächster Nähe bewohnter Stadttheile. Lüftung mit Dampfbetrieb und in Verbindung mit der Heisswasserheizung; im Hauptgebäude Heisswasser-, in den Baracken Luftheizung. Selbstständige Wasserleitung aus Brunnen: Dampf- und Maschinenwäsche. Badezimmer. Gasbeleuchtung. Wasserklosets in den Baracken.
"	Klosets. Heidelberger Tonnensystem	Ausserhalb der Stadt auf einer Anhöhe gelegen. Grundfläche für ein Bett im Zimmer mit 1 Bett 13,5 qm; im Zimmer mit 5 Betten 6,7 qm. Selbstständige Wasserleitung aus Brunnen.
"	Wasserklosets Senkgruben	In nächster Nähe bewohnter Stadttheile, auf einer Anhöhe. Anschluss an die Wasserleitung des Ortes. Badezimmer.
"	Wasserklosets im Verwal- tungsgebäude, sonst Heidel- berger Tonnensystem	Ausserhalb der Stadt auf einer Anhöhe gelegen. Anschluss an die Wasserleitung des Ortes. Wäsche wird ausserhalb des Krankenhauses gereinigt. Badezimmer. Desinfektionsapparat. Gasbeleuchtung. Anschluss an die Ortskanalisation mit Leitung in die Emscher.



Krankenhäusern des Vereinsbezirkes in Verbindung: im Ibbenbüren Knappschaftsvereine finden kranke Mitglieder in den katholischen Krankenhäusern zu Ibbenbüren und Meltingen Pflege. Auch der Münster-Ravensberger Knappschaftsverein hat mit mehreren Krankenhäusern Verträge abgeschlossen, und die Mitglieder des Gottesgabener Knappschaftsvereins werden bei nothwendig werdender Krankenhausbehandlung im Krankenhause zu Rheine untergebracht.

Im Oberbergamtsbezirk Bonn hat der Eschweiler Knappschaftsverein mit den Hospitälern Eschweiler, Stolberg und Langerwehe Verträge geschlossen, und aus dem Eifel-Knappschaftsverein werden in schweren Krankheits- und Verletzungsfällen die Vereinsmitglieder in die klinischen Anstalten zu Bonn geschickt. Dasselbe geschieht mit den Mitgliedern des Knappschaftsvereins der Stromberger Neuhütte, die ihre Mitglieder ausserdem in die Augenheilanstalt nach Wiesbaden und in das Hospital nach Bingen sendet.

Das dem Neunkirchener Knappschaftsverein zur Verfügung stehende Lazareth gehört den Werkseigenthümern und ist dem Verein pachtpflichtig überlassen.

Auch das Lazareth der Dillinger Hüttenwerke gehört den Werkseigenthümern; dasselbe ist dem Knappschaftsverein unentgeltlich überlassen; die Lazaretheinrichtung dagegen ist Eigenthum des Vereins. Neuen St. Wendeler Knappschaftsvereine werden schwerkranke Mitglieder in dem Hospital zu St. Wendel untergebracht.

Im Olper Knappschaftsverein legt man die schwerkranken Mitglieder soweit erforderlich, in die städtischen Krankenhäuser zu Olpe, Altenhunden, beziehungsweise in die Klinik zu Giessen. Auch aus dem Arnberger Knappschaftsverein werden die Mitglieder erforderlichenfalls in dem Krankenhause zu Altenhunden oder in der Universitätsklinik zu Giessen untergebracht.

Die Mitglieder des Wetzlarer Knappschaftsvereins kommen im Bedarfsfalle nach Giessen oder Marburg in die dortigen Universitätsklinik, in die berufsgenossenschaftliche Heilanstalt zu Bonn, oder auch in das städtische Krankenhaus nach Wetzlar. Dem Deutzer Verein dient das Krankenhaus zu Bensberg zur Aufnahme der schwerer erkrankten Mitglieder.

Trotz dieser zahlreichen Verträge mit Krankenhäusern, die theils den Gemeinden, dem Staate oder den Werksbesitzern gehören, giebt es noch eine grössere Anzahl von allerdings kleinen Vereinen, die anscheinend keine Verbindung mit einem Krankenhause stehen, und deren Mitglieder sich auf die Wohlthaten der Krankenhausbehandlung verzichten müssen.

Die 28 eigenen Lazarethe der Knappschaftsvereine im Jahre 1891 vertheilen sich auf die einzelnen Oberbergamtsbezirke in folgender Weise:

Oberberg-	amtsbezirk Breslau	mit 3 Vereinen	finden sich 13 Lazarethe
"	Halle	" 13	" " " 3 "
"	Clausthal	" 4	" " " 0 "
"	Dortmund	" 11	" " " 1 "
"	Bonn	" 43	" " " 11 "
		<u>74</u>	<u>28</u>

der wenn wir die Zahl der beteiligten Werke und der auf ihnen thätigen Arbeiter zum Vergleiche heranziehen, so entfallen:

Oberberg-	auf 1 den Knappschaftsvereinen	Werke	Arbeiter
tsbezirk	gehörendes Lazareth		
Breslau	1	13	70410
Halle	1	141	18189
Dortmund	1	195	164312
Bonn	1	73	9272

aus diesen Zahlen mit grosser Deutlichkeit hervorgehende Bedeutung der Knappschaftsvereine für ihre Lazarethkranken Mitglieder.

Krankenhäuser in Anspruch zu nehmen, dürfte wohl hauptsächlich ökonomische Gründe haben, wobei es allerdings zweifelhaft bleibt, ob dieselben rechtfertigen lassen, und ob nicht der zunächst nothwendige Mehraufwand durch eine Reihe von vortheilhaften Wirkungen, die endlich der Kasse zu Gute kommen, reichlich aufgewogen wird. Die Sectionen der Knappschafts-Berufsgenossenschaft haben dort, wo die Verhältnisse die Nothwendigkeit besonders dringend erscheinen, chirurgische und lediglich für Betriebsverletzungen bestimmte Lazarethe zu errichten begonnen, so beispielsweise die Anstalt „Bergheil“ bei Bochum, weil der allgemeine Knappschaftsverein zu Bonn über kein eigenes Krankenhaus verfügt. Ausserdem haben sich die Sectionen entweder selbst in den Besitz von medico-mechanischen Instituten gesetzt oder sie stehen in Verbindung mit solchen Instituten, welche jetzt in allen grösseren Städten vorhanden sind.

Das Verfahren bei Unglücksfällen regelt sich nach den §§ 204 bis 206 des Berggesetzes, den §§ 51, 55 und 56 des Unfall-Versicherungsgesetzes, den §§ 224, 232 und 266 des Strafgesetzbuches und den §§ 1—161 der Strafprozessordnung<sup>1)</sup>.

Nach dem Berggesetz werden die Unglücksfälle auf Bergwerken bergpolizeilich untersucht, wenn dieselben schwerer Natur sind; aber bergpolizeilich werden untersucht, wenn dabei eine Ueberschreitung der bergpolizeilichen Vorschriften, oder Vorsatz oder strafbare Fahrlässigkeit in Frage kommt. Ereignet sich daher auf einem Bergwerke ein Unglücksfall, so sind die Betriebsführer zur sofortigen Anzeige desselben an den Revierbeamten und die nächste Polizei-Behörde verpflichtet. Der Revierbeamte hat sich an Ort und Stelle zu begeben und nöthige Rettungs- und Sicherheitsarbeiten zu veranlassen. So lange

<sup>1)</sup> Engels, Preussisches Bergrecht. S. 37.

er nicht anwesend ist, kann die Ortspolizei-Behörde solche Arbeit anordnen, Verweigerung von Hilfe wird bestraft.

Der Knappschaftsarzt ist nach seinem Vertrag verpflichtet, je nach Requisition irgendwelchen Grubenbeamten oder Aufsehers Hülfeleistung auf das Werk augenblicklich Folge zu leisten.

Auf den Werken sind die nothwendigsten Einrichtungen zur Verlegung von Nothverbänden getroffen, und die Werke selbst, die Vereine besitzen Krankentragen und Krankentransportwagen, denen die Verletzten, nachdem ihnen in einem dazu bestimmten ausgerüsteten Raume die erste Hülfe gewährt worden ist, in das Lazareth oder in ihre Behausung geschafft werden. Dem Arzte stehen gewöhnlich ein oder mehrere für die erste Hülfeleistung ausgebildete Arbeiter oder Beamte der Grube zur Seite, die auch bis zum Eintritte des Arztes, oder vor der Herausbeförderung aus der Grube die nöthigsten Maassnahmen, Blutstillung, künstliche Athmung etc. selbstständig zu verrichten haben. Freilich bringen es gerade die Verhältnisse der Grube mit sich, dass eine schnelle Hülfe nicht leicht durchführbar ist; denn schon die Herausbeförderung eines Schwerverletzteten aus der Grube macht häufig grosse Schwierigkeiten und ist meist zeitraubend.

Das in neuerer Zeit besonders hervortretende Streben, den weniger Bemittelten und den Arbeitern die Wohlthaten eines auf dem hygienisch-diätetischen Verfahren Brehmer's beruhenden Behandlungsweise der Lungenschwindsucht zugänglich zu machen, hat auch von Seiten der knappschaftlichen Invaliditätsversicherung und zwar der Norddeutschen Knappschafts-Pensionskasse zu Halle a. S. zur Errichtung einer eigenen Lungen-Heilstätte geführt.

Nach dem Wortlaut der „Denkschrift betreffend die Einrichtung einer Heilanstalt für lungenkranke Versicherte der Norddeutschen Knappschafts-Pensionskasse“ verfolgt die Invaliditätsversicherung nur den Zweck „den Arbeitsunfähigen durch Gewährung einer Rente vor der Noth zu bewahren: ihre Fürsorge geht viel mehr weiter. Dem Versicherten ist mehr damit gedient, dass er vor der Invalidität bewahrt wird, als dass er den geringen Betrag der Rente erhält; und auch die Versicherungsanstalt ist es vortheilhafter zum Zwecke der Verhütung der Invalidität eine einmalige Aufwendung zu machen, als Jahre hindurch eine Rente zu zahlen.“

Im Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetz vom 22. Juni 1889 ist auf eine derartige Auffassung im § 12 Rücksicht genommen, in welchem die Versicherungsanstalten ermächtigt sind, für erkrankte Versicherte ein besonderes Heilverfahren zu veranlassen, sofern als Folge der Krankheit eine Invalidität zu befürchten ist, welche den Anspruch auf eine reichsgesetzliche Invalidenrente begründen würde. Die Kosten dieses besonderen Heilverfahrens fallen natürlich den Versicherungsanstalten zur Last. Bei Errichtung einer derartigen Anstalt, etwa wie oben angeführt, die Norddeutsche Knappschafts-Pensionskasse

an materiellen Vorthail unter Zugrundelegung folgender Berechnung: nimmt man an, es gelänge im Laufe eines Jahres von den 200 Pflögeln der Anstalt (50 Betten mit 13 wöchentlicher Pflege) nur  $\frac{1}{4}$  so blich zu bessern, dass der Eintritt der Invalidität um eine längere re von Jahren — sagen wir um etwa 5 Jahre — hinausgeschoben l, während bei  $\frac{2}{4}$  nur eine geringe Besserung mit einer Verzögerung Invalidität um 1—2 Jahr, bei dem letzten  $\frac{1}{4}$  überhaupt keine erung zu erzielen ist, so bedeutete dieser, gewiss nur sehr bedidene Erfolg schon ein Ersparniss von insgesamt  $50 \times 5 + 50 \times 1\frac{1}{2} = 400$  Renten, oder — wenn man den jährlichen Cassen-eil an einer Invalidenrente auf durchschnittlich 150 M. annimmt — r Summe von 60 000 M. Einen grösseren Zuschuss wird aber die alt selbst auch niemals erfordern.<sup>4</sup>

Ob diese Berechnung zutreffend ist, wird die Zukunft lehren. nfalls dürfte die durch die Anstaltspflege und Behandlung einge-ne Besserung in vielen Fällen durch die Wiederaufnahme der Ar-mit ihren vielen Schädlichkeiten schnell wieder vernichtet werden.

besonderem Vorthail dagegen erscheint es, dass die Pflöglinge in hen Anstalten genau über ihr Leiden unterrichtet und darüber unter- et werden, wie sie sich in ihrem eigenen Interesse und im Interesse · Umgebung zu verhalten haben, um ihre Leiden nicht zu verm-mern und die Ansteckungsgefahr für Andere zu vermindern.

In einzelnen Fällen haben Preussische Knappschaftsvereine Bade- chungen für medicinische Bäder, Wannenbäder und irisch-römische r (der Mansfelder Knappschaftsverein) oder sie haben in Curorten ser und Einrichtungen, die ihren Mitgliedern den Curgebrauch er- liehen (der Oberschlesische Knappschaftsverein in Goetzalkowitz). atenmässig dafür gesorgt ist bei allen Knappschaftsvereinen, dass achweisbarem Bedarf den Mitgliedern zum mindesten ein Theil der h den Badeaufenthalt entstandenen Unkosten auf Beschluss des Vor- ls ersetzt werden kann.

In vereinzeltten Fällen besitzen die Knappschaftsvereine für ihre In- len und Waisen Siechen- und Waisenhäuser, so beispielsweise der brücker Knappschaftsverein im Oberbergamtsbezirk Bonn, der ein ren- und 2 Waisenhäuser besitzt.

Da die Verabreichung freier Medicin an die Mitglieder von früher her zu den Aufgaben der Knappschaft gehört, längst bevor durch Krankenversicherungsgesetz eine dahin gehende gesetzliche Vorschrift ge, so haben schon von Alters her die meisten Vereine mit allen einzelnen Apotheken ihres Curbezirks Verträge abgeschlossen, in n den Verbänden eine Preisermässigung der Medicamente zuge- rt wird.

Sie haben ferner Bestimmungen getroffen, dass die Knappschafts- die verabreichten Medicamente auf ihre gute Beschaffenheit zeit- g zu prüfen haben, ebenso wie die Apotheken-Rechnungen, die eljährlich an den Vorstand eingehen.

Trotz der bedeutenden Ausgaben für die Krankenfürsorge, zu denen sich noch die für Wittwen- und Waisenunterstützungen, die Beihilfen für Begräbnisse der Mitglieder, die Kosten für den Schulunterricht, den Verwaltungsaufwand und für ausserordentliche Unterstützungen hinzuzusellen, ist das Vermögen der Knappschaftsvereine in stetigem Steigebegriffen. Die nachfolgende Tabelle soll dies für die Preussischen Knappschaftsvereine zeigen:

Es betrugen also:

Im Jahr	Die etatsmässigen Einnahmen	Die Ausgaben	Ueberschüsse	Schuldenfreies Vermögen
1886	18 727 870,55	18 396 124,20	331 746,53	26 751 94
1887	21 096 396,53	18 952 356,66	2 144 039,87	27 324 44
1888	21 847 609,84	19 684 873,10	2 162 736,74	31 633 95
1889	23 444 860,42	20 372 614,25	3 072 246,17	34 616 55
1890	25 677 264,76	21 995 622,25	3 681 642,51	38 010 96
1891	28 301 607,61	23 605 348,57	4 696 259,40	43 360 84
1892	29 123 347,26	25 121 671,60	4 001 676,20	48 271 55
1893	29 792 484,45	26 648 071,46	3 144 412,99	52 119 65
1894	30 457 197,22	27 390 505,27	3 066 691,95	56 252 65
1895	31 064 175,35	28 064 998,00	2 999 177,35	60 308 65

Das schuldenfreie Vermögen der Knappschaftsvereine Preussens hat sich somit in diesen 10 Jahren reichlich verdoppelt. Die Ueberschüsse sind in dieser Zeit bis zum Jahre 1891, wo sie 4 $\frac{1}{2}$  Millionen betrugen, gestiegen, um dann allmählich wieder 1895 auf 2,9 Millionen zu sinken.

Die etatsmässigen Einnahmen bestanden in:

Im Jahr	Laufenden Beiträgen der Arbeiter pCt.	Laufenden Beiträgen der Werksbesitzer pCt.	Eintrittsgeldern, Beitragsnachzahlungen, Straf-geldern etc. pCt.	Capitalzinsen pCt.	Nutzungen des soz. Immobilienvermögens pCt.
1886	48,28	43,65	1,09	4,86	0,26
1887	49,14	43,89	1,10	4,20	0,24
1888	49,37	43,33	1,21	4,36	0,13
1889	49,32	43,26	1,15	4,37	0,31
1890	50,00	43,07	0,97	4,27	0,17
1891	49,81	43,16	1,15	4,32	0,17
1892	50,28	42,45	0,92	4,82	0,16
1893	50,04	41,96	1,09	5,26	0,17
1894	50,91	41,90	0,54	5,50	0,21
1895	50,80	41,85	0,54	5,73	0,20

Die laufenden Beiträge der Arbeiter haben somit im Verhältniss genommen (48,28 pCt. im Jahre 1886 und 50,80 im Jahre 1895) und zwar um 2,58 pCt., wogegen die Beiträge der Werksbesitzer sich verhältnissmässig verminderten (43,65 pCt. im Jahre 1886 und 41,85 im Jahre 1895) um 1,80 pCt. Die nachstehende Uebersicht zeigt die Ausgabeposten ebenfalls in Verhältnisszahlen.

In Procenten von der Gesamtausgabe										
Posten für	1886	1887	1888	1889	1890	1891	1892	1893	1894	1895
Gesundheitspflege										
Honorare der Aerzte	4,90	4,85	4,85	4,79	4,71	4,86	4,83	4,75	4,79	4,74
Arznei- und sonstige Kosten	8,97	9,23	9,55	9,53	10,39	10,34	11,19	9,17	8,62	9,21
Gesamte Summe	14,49	13,14	13,43	13,24	15,04	16,77	18,52	19,50	17,93	32,05
Unterstützungen										
Unterstützungen für Invaliden	33,18	35,24	36,40	37,47	35,56	34,16	33,77	35,01	36,08	36,34
Unterstützungen für Witwen	18,17	18,06	17,94	17,97	17,69	16,91	16,64	16,20	16,44	16,56
Unterstützungen für Waisen	10,00	9,87	9,74	9,40	8,75	8,13	7,70	7,38	7,38	7,28
Summe	61,35	63,17	64,08	64,84	62,00	59,20	58,11	58,59	59,90	60,18
sonstige Ausgaben										
Arbeitskosten	1,05	1,08	1,05	1,13	1,26	1,14	1,19	1,26	1,11	1,17
ausserordentliche Unterstützungen	0,60	0,57	0,63	0,72	0,71	0,67	0,61	0,55	0,63	0,62
Unterricht	2,09	1,76	1,47	0,65	0,59	0,40	0,32	0,34	0,29	0,25
Wohnungsaufwand	2,87	2,96	2,76	2,70	2,76	2,81	2,38	2,39	2,36	2,38
Gesamte Ausgaben	3,68	3,24	2,18	2,40	2,54	3,81	3,85	3,45	4,37	3,40
Hauptsumme	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Man kann sich leicht aus dieser Tabelle davon überzeugen, dass Honorare der Aerzte an dem allmäligen Steigen der für Gesundheitspflege verausgabten Summen nicht Schuld tragen, da dieselben stetig in ihrem Antheil an der Gesamtausgabe heruntergegangen sind. Eine bedeutende Abnahme der Posten für Witwen und Waisen dürfte durch die Entlastung der Knappschaften durch die Berufsgenossenschaft eine Erklärung finden.

Wenn man berücksichtigt, dass die „laufenden Unterstützungen für Invaliden“ und im Wesentlichen auch die Ziffern unter: „sonstige ausserordentliche Unterstützungen“ im weiteren Sinne mit unter die Rubrik „Krankenfürsorge“ gehören, so würden sich die oben unter Gesundheitspflege angeführten Ziffern noch wesentlich erhöhen und folgendermaassen lauten:

## Ausgaben für Krankenfürsorge in Procenten der Gesamtausgabe

1886	1887	1888	1889	1890	1891	1892	1893	1894	1895
28,36	27,22	27,83	27,56	30,14	31,97	34,54	33,42	31,34	32,9
33,18	35,24	36,40	37,47	35,56	34,16	33,77	35,01	36,08	36,
0,60	0,57	0,63	0,72	0,71	0,67	0,61	0,55	0,63	0,
62,14	63,03	64,86	65,75	66,41	66,80	68,92	68,98	68,05	69

Ich füge schliesslich aus Simon's Zusammenstellungen<sup>1)</sup> zum Vergleich mit den oben angeführten Verhältnissen in Preussen die Zahlen aus den Deutschen Bundesstaaten und zwar aus den Jahren 1885—1893 an. Danach betrug in Sachsen die Zahl der Krankenkassenvereine 29 mit einer Gesamtmitgliederzahl von 26 077 am Jahreschlusse 1885 und 26 953 Ende 1890. Am Schluss des Jahres 1891 belief sich die Zahl der activen Mitglieder auf 31 269 und am Schluss des Jahres 1892 auf 30 600.

Die Gesamteinnahmen und Gesamtausgaben stellten sich in einzelnen Jahren wie folgt:

	1885	1890	1891	1892	1893
Gesamteinnahmen	2 204 945,63	3 025 038,03	3 633 463,89	2 871 289,19	3 980 4
Gesamtausgaben	1 992 952,79	2 780 981,14	3 586 035,90	2 800 630,31	2 816 9
Mehreinnahmen	211 992,84	244 056,89	97 427,99	70 658,88	1 163 5

Die Einnahmen vertheilen sich auf:

	1885	1890	1891	1892	1893
	pCt.	pCt.	pCt.	pCt.	pCt.
Beiträge der Mitglieder . . .	28,38	24,6	27,7	35,8	32,9
Beiträge der Werksbesitzer . .	28,00	24,1	27,7	35,8	36,0
Zinsen und sonstige Vermögenserträge . . . . .	24,12	12,4	11,0	15,9	16,0
Sonstige Einnahmen . . . . .	29,50	38,9	33,6	12,5	15,1

<sup>1)</sup> l. c. S. 16 ff.

Die Gesamtausgaben setzten sich zusammen aus:

	1885	1890	1891	1892	1893
	pCt.	pCt.	pCt.	pCt.	pCt.
nsionen . . . . .	50,98	45,7	34,1	43,1	41,9
rbegelder . . . . .	0,52	0,5	0,5	0,7	0,6
sserordentliche Unterstüt-					
zungen . . . . .	0,62	0,8	0,1	0,2	0,1
waltungskosten . . . . .	1,54	1,2	1,1	1,7	1,8
istische Ausgaben . . . . .	46,34	51,8	64,2	54,3	55,6

Das schuldenfreie Vermögen belief sich am Schlusse des Jahres:

1885	auf	7 501 896,20	Mk.
1890	"	10 231 334,12	"
1891	"	11 561 970,31	"
1892	"	12 626 861,57	"
1893	"	13 971 926,15	"

Auf ein Mitglied entfiel ein Antheil von:

1885	—	287,68	Mk.
1890	—	379,60	"
1891	—	369,76	"
1892	—	412,64	"
1893	—	453,60	"

In Bayern waren im Jahre:

1885	—	40	Vereine	auf	77	Werken	mit	5308	Mitgliedern
1890	—	42	"	"	84	"	"	7245	"
1891	—	42	"	"	84	"	"	7479	"
1892	—	43	"	"	86	"	"	7671	"
1893	—	43	"	"	80	"	"	7663	"

Die Gesamteinnahmen und Gesamtausgaben stellten sich in den  
folgenden Jahren folgendermaassen:

	Gesamteinnahmen	Gesamtausgaben
	M.	M.
1885	476 800,10	434 850,56
1890	667 890,38	594 250,45
1891	676 893,45	588 796,86
1892	762 597,89	665 703,26
1893	796 430,31	733 951,23



Die rechnungsmässigen Einnahmen vertheilen sich auf:

	1885	1890	1891	1892	1893
	pCt.	pCt.	pCt.	pCt.	pCt.
Beiträge der Vereinsmitglieder	47.02	49.6	49.7	45.6	45.8
Beiträge der Werksbesitzer . . . . .	28.84	28.1	27.8	34.8	32.7
Zinsen . . . . .	19.90	16.9	17.4	16.8	17.0
Sonstige Einnahmen . . . . .	4.24	5.4	5.1	2.8	3.5

Die rechnungsmässigen Ausgaben setzen sich zusammen aus:

	1885	1890	1891	1892	1893
	pCt.	pCt.	pCt.	pCt.	pCt.
Krankenversorgung und Begräbnisskosten . . . . .	36.88	44.9	43.5	45.4	43.8
Pensionen . . . . .	57.04	49.0	49.9	47.1	49.3
Unterstützungen . . . . .	3.14	2.4	2.5	2.5	2.5
Verwaltungskosten . . . . .	2.94	3.7	4.1	5.0	4.4

Auf ein Mitglied entfielen in den einzelnen Jahren durchschnittlich folgende Beträge:

	1885	1890	1891	1892	1893
	M.	M.	M.	M.	M.
Mitgliederbeiträge . . . . .	32.85	38.17	38.08	37.79	32.68
Werksbesitzerbeiträge . . . . .	20.15	21.61	21.32	28.86	29.14

Das schuldenfreie Vermögen der Knappschaftsvereine stellte sich am Schluss des Jahres:

1885	auf	2 116 639,36	Mk.
1890	"	2 733 789,22	"
1891	"	2 888 944,12	"
1892	"	3 075 561,85	"
1893	"	3 249 274,31	"

Württemberg.

1885 bestanden 4 Knappschaftsvereine mit 2201 Mitgliedern.

Die Gesamteinnahmen betrugen 180 701,98 Mk.

Die Gesamtausgaben betrugen 154 312,43 Mk.

Das schuldenfreie Vermögen stellte sich auf 365 257,59 Mk.

Die Einnahmen setzten sich zusammen aus:

Beiträgen der Mitglieder . . . .	82 568,87	Mk.
Beiträgen der Werksbesitzer . .	66 410,06	"
Capitalzinsen . . . . .	14 352,38	"
Sonstigen Einnahmen . . . . .	17 370,67	"

Die Ausgaben setzten sich zusammen aus:

Krankengeldern, Arzt u. Apotheke	50 095,64	Mk.
Pensionen und Unterstützungen	89 922,82	"
Verwaltungskosten . . . . .	3 748,92	"
Sonstigen Ausgaben . . . . .	10 545,05	"

Nachdem am 1. Juli 1886 ein Knappschaftsverein (der Friedrichshaller Knappschaftsverein) eingegangen, waren die Ergebnisse der übriggebliebenen 3 Vereine für die Zeit von 1890—1893 folgende:

a) Knappschaftsverein der vereinigten Königlichen Eisenwerke:

1890 mit 1582 Mitgliedern

1891	"	1550	"
1892	"	1526	"
1893	"	1515	"

Es betragen:

	die Gesamt- einnahmen	die Gesamt- ausgaben	das Vermögen
	M.	M.	M.
1890	159 814,89	146 850,05	186 172,86
1891	150 185,68	153 034,41	187 388,35
1892	154 095,41	153 591,08	186 922,63
1893	159 494,90	160 041,28	185 914,37

Die Einnahmen setzten sich zusammen aus:

	1890	1891	1892	1893
	M.	M.	M.	M.
Beiträgen der Mitglieder .	75 836,77	69 867,71	69 237,35	72 377,32
Beiträgen der Werksbesitzer	66 966,51	61 616,95	60 572,71	62 015,20
Kapitalzinsen . . . . .	7 824,24	8 084,23	8 108,61	8 102,29
Sonstigen Einnahmen . .	10 187,29	10 616,79	16 176,74	17 000,09

## Die Ausgaben vertheilten sich auf:

	1890	1891	1892	1893
	M.	M.	M.	M.
Krankengelder, Arzt, Apotheke . . . . .	26 367,91	31 350,13	31 975,98	34 078,83
Pensionen und Unterstützungen . . . . .	117 072,41	118 669,91	118 544,96	120 886,80
Verwaltungskosten . . .	2 096,00	1 934,91	1 814,70	1 863,30
Sonstige Ausgaben . . .	1 313,73	1 079,46	1 255,44	3 212,35

## b) Knappschaftsverein der vereinigten Königlichen Salzwerke:

1890 mit 410 Mitgliedern

1891   "  405           "

1892   "  424           "

1893   "  444           "

## Es betrugen:

	die Gesamteinnahmen	die Gesamtausgaben	das Vermögen
	M.	M.	M.
1890	31 505,41	29 023,22	165 535,98
1891	34 093,58	31 710,29	168 301,08
1892	31 977,96	33 064,78	166 318,42
1893	34 624,76	35 245,53	164 414,37

## Die Einnahmen setzten sich zusammen aus:

	1890	1891	1892	1893
	M.	M.	M.	M.
Beiträgen der Mitglieder .	9 475,63	10 841,96	11 297,68	11 474,30
Beiträgen der Werksbesitzer	10 605,59	10 448,30	8 322,55	8 404,03
Kapitalzinsen . . . . .	6 844,85	6 818,63	6 772,41	6 773,60
Sonstigen Einnahmen . . .	4 579,34	5 984,69	5 585,32	7 972,33

## Die Ausgaben vertheilten sich auf:

	1890	1891	1892	1893
	M.	M.	M.	M.
Krankengelder, Arzt, Apotheke . . . . .	6 511,78	8 214,43	8 884,79	8 706,49
Pensionen und Unterstützungen . . . . .	20 856,47	22 031,54	22 854,41	24 953,85
Verwaltungskosten . . .	947,91	1 003,24	920,35	1 046,20
Sonstige Ausgaben . . .	707,06	461,08	405,23	538,99

c) Knappschaftsverein des Salzwerkes Heilbronn:

1890 mit 202 Mitgliedern

1891	"	207	"
1892	"	199	"
1893	"	202	"

Es betrugen:

	die Gesamt- einnahmen M.	die Gesamt- ausgaben M.	das Vermögen M.
1890	14 809,64	7 363,94	50 508,87
1891	15 944,38	5 523,09	60 671,38
1892	16 379,01	6 705,78	69 788,31
1893	16 845,97	7 702,26	78 323,96

Die Einnahmen setzten sich zusammen aus:

	1890 M.	1891 M.	1892 M.	1893 M.
Beiträgen der Mitglieder . . . . .	6 250,70	6 671,10	6 695,58	6 662,50
Beiträgen des Werkes . . . . .	6 250,70	6 669,20	6 700,38	6 667,10
Kapitalzinsen . . . . .	1 860,61	2 151,37	2 506,51	2 954,67
Sonstigen Einnahmen . . . . .	447,63	452,61	476,54	561,70

Die Ausgaben vertheilten sich auf:

	1890 M.	1891 M.	1892 M.	1893 M.
Krankenlohn und Krankenverpflegung .	6 103,81	4 697,87	5 930,02	6 549,75
Pensionen . . . . .	773,40	490,00	460,00	742,66
Verwaltungskosten . . . . .	188,15	212,20	236,25	322,85
Sonstige Ausgaben . . . . .	298,58	122,92	79,51	87,00

Grossherzogthum Hessen.

Im Jahr 1885 bestanden 7 Vereine mit 1153 Mitgliedern

"	"	1890	"	8	"	"	1796	"
"	"	1891	"	7	"	"	2056	"
"	"	1892	"	6	"	"	1712	"
"	"	1893	"	6	"	"	1715	"

Ferner waren noch 110 beurlaubte, oder nicht vollbeitragende ständige Mitglieder und arzeneiberechtigte Personen vorhanden:

Es betrugen:

	die Gesamt- einnahmen M.	die Gesamt- ausgaben M.	Ueberschuss M.
1885	32 693,21	22 769,63	9 923,68
1890	41 600,17	33 080,27	8 519,90
1891	41 687,47	34 202,17	7 485,20
1892	38 771,66	28 882,16	9 889,50
1893	40 106,47	35 816,38	4 290,09

Die Einnahmen bestanden aus:

	1885 pCt.	1890 pCt.	1891 pCt.	1892 pCt.	1893 pCt.
Beiträgen der Mitglieder . .	34,6	38,9	38,5	37,8	38,3
Beiträgen der Werksbesitzer .	20,4	20,5	20,6	20,4	20,1
Kapitalzinsen . . . . .	39,4	32,9	33,6	36,5	36,6
Sonstigen Einnahmen . . .	5,6	7,7	7,3	5,3	5,0

Die Ausgaben vertheilten sich auf:

	1885 pCt.	1890 pCt.	1891 pCt.	1892 pCt.	1893 pCt.
Heilungskosten, Krankenlöhne, Begräbnisskosten . . . . .	33,1	38,9	37,8	30,3	31,4
Pensionen und Unterstützungen	58,5	52,6	52,4	59,1	58,4
Verwaltungskosten . . . . .	6,3	5,9	6,9	9,2	8,3
Sonstige Ausgaben . . . . .	2,1	2,6	2,9	1,4	1,9

Das Vermögen der Vereine erreichte Ende:

1885	—	306 819,45	Mk.
1890	—	349 371,94	"
1891	—	356 599,60	"
1892	—	364 414,21	"
1893	—	374 891,35	"

**Herzogthum Braunschweig mit 2 Knappschaftsvereinen:**  
im Jahre 1885 mit 1445 Mitgliedern

"	"	1890	"	1971	"
"	"	1891	"	1953	"
"	"	1892	"	1874	"
"	"	1893	"	1946	"

Es betrugen:

	die Gesamt- einnahmen	die Gesamt- ausgaben	das Vermögen am Schluss des Jahres
	M.	M.	M.
1885	54 227,00	51 458,90	103 744,00
1890	69 593,26	60 121,75	134 640,00
1891	92 521,82	80 783,66	146 220,00
1892	89 662,31	78 125,25	158 121,00
1893	95 161,48	84 482,71	168 832,00

Die Einnahmen setzten sich zusammen aus:

	1885	1890	1891	1892	1893
	pCt.	pCt.	pCt.	pCt.	pCt.
<b>Beiträgen der Mitglieder . . .</b>	57,4	58,8	50,0	49,7	49,8
<b>Beiträgen der Werksbesitzer . .</b>	33,0	32,5	43,7	43,5	43,6
<b>Kapitalzinsen . . . . .</b>	6,8	6,9	5,3	6,1	6,1
<b>Sonstigen Einnahmen . . . .</b>	2,8	1,8	1,0	0,7	0,5

Die Ausgaben vertheilten sich auf:

	1885	1890	1891	1892	1894
	pCt.	pCt.	pCt.	pCt.	pCt.
<b>Pensionen . . . . .</b>	65,0	60,4	43,7	44,4	40,6
<b>Begräbnissbeihilfen . . . .</b>	1,6	1,9	1,6	1,1	1,5
<b>Sonstige Unterstützungen . .</b>	0,8	0,4	0,3	0,2	0,3
<b>Krankenkosten . . . . .</b>	29,3	34,0	23,4	23,6	28,0
<b>Verwaltungskosten . . . . .</b>	2,3	3,0	2,9	3,4	4,0
<b>Sonstige Ausgaben . . . . .</b>	1,0	0,3	28,1	27,3	25,6

**Herzogthum Sachsen-Meiningen.**

Der Knappschaftsverein zu Saalfeld hatte:

im Jahre 1885 — 271 Mitglieder

"	"	1890 —	207	"
"	"	1891 —	190	"
"	"	1892 —	201	"
"	"	1893 —	190	"

Es betrugen:

	die Gesamt- einnahmen	die Gesamt- ausgaben	Ueberschuss der Einnahmen über die Ausgaben
	M.	M.	M.
1885	12 630,47	10 192,66	2 437,81
1890	10 880,40	8 299,66	2 580,74
1891	10 666,51	10 207,38	459,13
1892	16 396,82	15 177,29	1 224,53
1893	10 412,29	8 279,45	2 132,84

Das Vereinsvermögen betrug am Schluss des Jahres:

1885 — 38 140,00 Mk.

1890 — 29 381,31 „

1891 — 26 246,31 „

1892 — 21 404,84 „

1893 — 17 364,29 „

Herzogthum Sachsen-Altenburg.

Die Zahl der Mitglieder betrug im Jahre:

1885 — 2851

1890 — 1478 (313 ständige und 1165 unständige)

1891 — 1591 (310 „ „ 1281 „ )

1892 — 1658 (320 „ „ 1338 „ )

1893 — 1773 (320 „ „ 1453 „ )

Es betrugen:

	die Gesamt- einnahmen	die Gesamt- ausgaben	Ueberschuss der Einnahmen über die Aus- gaben
	M.	M.	M.
1885	28 210,16	27 786,72	423,44
1890	72 301,41	67 720,90	4 580,51
1891	78 739,63	73 457,77	5 281,86
1892	82 800,40	78 169,42	4 630,98
1893	90 730,21	83 135,92	7 594,29

Die Einnahmen setzten sich zusammen aus:

	1885	1890	1891	1892	1
	pCt.	pCt.	pCt.	pCt.	pCt.
Beiträgen der Vereinsgenossen	50,1	37,8	37,1	37,0	3
Beiträgen der Werksbesitzer	38,2	35,5	35,3	35,8	3
Zinsen	9,0	4,8	5,0	4,8	4
Sonstigen Einnahmen	2,7	21,9	22,6	22,4	22

Die Ausgaben vertheilten sich auf:

	1885	1890	1891	1892	1893
	pCt.	pCt.	pCt.	pCt.	pCt.
en und Unterstützungen	26,3	14,4	13,1	14,3	14,5
gelder und Begräbniss-	21,0	28,5	27,4	23,7	29,5
d Arzeneikosten . . .	34,4	20,0	21,1	20,9	20,4
ungskosten . . . . .	8,5	5,3	6,9	6,2	5,9
Ausgaben . . . . .	9,8	31,8	31,5	34,9	29,7

as Vermögen betrug am Ende des Jahres:

1885 —	68 143,51 Mk.
1890 —	114 486,69 „
1891 —	117 008,31 „
1892 —	121 425,94 „
1893 —	124 306,02 „

erzogthum Anhalt.

auf 16 Werken waren beschäftigt:

im Jahre	1885 —	3350 Mitglieder
„ „	1890 —	3796 „
„ „	1891 —	4235 „
„ „	1892 —	4438 „
„ „	1893 —	4278 „

betragen:

	die Gesamt- einnahmen	die Gesamt- ausgaben	die Mehr- einnahmen
	M.	M.	M.
1885	122 964,07	106 120,34	16 843,73
1890	175 057,12	136 945,79	38 111,33
1891	423 735,16	391 084,62	32 650,54
1892	396 911,24	378 617,86	18 293,38
1893	333 121,02	318 382,74	14 738,28

den Einnahmen sind enthalten:

	1885	1890	1891	1892	1893
	pCt.	pCt.	pCt.	pCt.	pCt.
der Vereinsmitglieder	42,5	51,5	23,6	28,2	31,9
der Werksbesitzer . .	41,8	37,5	17,2	20,6	23,3
. . . . .	13,3	10,1	4,5	5,6	6,1
Einnahmen . . . . .	2,4	0,9	54,7	45,6	38 „



Die Ausgaben vertheilen sich, wie folgt:

	1885	1890	1891	1892	1893
	pCt.	pCt.	pCt.	pCt.	pCt.
Cur-, Arzneikosten, Krankengelder . . . . .	43,9	42,6	19,1	26,6	33,7
Pensionen und Unterstützungen	49,5	51,4	20,0	24,1	30,9
Verwaltungskosten . . . . .	4,5	5,5	2,3	3,4	3,1
Sonstige Ausgaben . . . . .	2,1	0,5	58,6	45,9	32,3

Das Vermögen betrug am Schluss des Jahres:

1885	—	331 868,73 Mk.
1890	—	499 431,93 "
1891	—	532 082,47 "
1892	—	550 375,60 "
1893	—	520 413,88 "

Fürstenthum Waldeck.

Der Verein hatte:

im Jahre	1885	—	136 Mitglieder
"	"	1890	— 230 "
"	"	1891	— 240 "
"	"	1892	— 246 "
"	"	1893	— 270 "

Es betrugen:

	die Gesamt- einnahmen-	die Gesamt- ausgaben
	M.	M.
1885	675,90	258,75
1890	663,80	486,0
1891	720,50	614,21
1892	916,15	529,05
1893	900,60	609,20

Das Vermögen stellte sich am Schlusse von:

1885	auf	4 687,85 Mk.
1890	"	5 982,68 "
1891	"	5 846,16 "
1892	"	6 233,26 "
1893	"	6 524,66 "

Fürstenthum Schwarzburg.

In 2 Knappschaftsvereinen im Jahre:

1885 befinden sich 111 Mitglieder

1890	"	"	98	"
1891	"	"	184	"
1892	"	"	108	"
1893	"	"	104	"

Es betrugen:

	die Gesamt- einnahmen	die Gesamt- ausgaben	der Ueber- schuss
	M.	M.	M
1885	5 532,33	2 323,32	3 209,01
1890	11 776,94	10 583,70	1 193,24
1891	9 945,21	8 747,41	1 197,80
1892	12 197,13	11 541,83	655,30
1893	15 299,97	13 959,65	1 340,32

Das Vermögen beider Vereine betrug zusammen:

im Jahr 1885 — 36 948,07 Mk.

"	"	1890 — 48 512,97	"
"	"	1891 — 51 197,18	"
"	"	1892 — 53 063,26	"
"	"	1893 — 54 412,85	"

Elsass-Lothringen.

In 2 Knappschaftsvereinen befanden sich:

im Jahre 1885 — 3458 Mitglieder

"	"	1890 — 3851	"
"	"	1891 — 4118	"
"	"	1892 — 4072	"
"	"	1893 — 4380	"

Es betrugen:

	die Gesamt- einnahmen	die Gesamt- ausgaben	Ueberschuss	Zuschuss
	M.	M.	M.	M.
1885	65 105,81	66 325,43		1 219,62
1890	105 206,73	91 482,65	13 724,08	
1891	98 158,49	95 716,85	2 441,64	
1892	97 660,65	99 589,44		1 928,79
1893	105 986,28	104 662,59	1 323,67	

Die Einnahmen setzten sich zusammen aus:

	1885	1890	1891	1892	1893
	pCt.	pCt.	pCt.	pCt.	pCt.
Beiträgen der Mitglieder. . .	60	59,7	55,3	53,5	53,5
Beiträgen der Werksbesitzer .	30,0	29,9	33,1	26,7	26,8
Ausserordentlichem Zuschuss der Werksbesitzer . . . . .	—	—	—	8,0	8,6
Capitalzinsen. . . . .	9,3	10,2	11,4	11,7	10,9
Sonstigen Einnahmen . . . .	0,7	0,2	0,2	0,1	0,2

Die Ausgaben vertheilten sich auf:

	1885	1890	1891	1892	1893
	pCt.	pCt.	pCt.	pCt.	pCt.
Gesundheitspflege der Invaliden	2,5	1,5	0,7	0,7	0,7
Begräbnissbeihilfen . . . .	0,6	0,6	0,7	0,9	0,9
Pensionen an Invaliden . . .	43,2	51,4	53,0	55,6	56,6
Pensionen an Wittwen . . . .	31,2	28,5	28,8	29,0	29,0
Pensionen an Waisen . . . .	21,0	16,3	15,7	13,1	12,2
Verwaltungsaufwand . . . .	—	—	—	—	—
Sonstige Ausgaben. . . . .	1,5	1,7	1,0	0,7	0,6

Das Vermögen stellte sich am Schluss des Jahres:

1885	auf 250 976,73 Mk.
1890	„ 310 022,13 „
1891	„ 312 241,56 „
1892	„ 309 981,36 „
1893	„ 311 110,51 „

Aus den zusammenfassenden Schlussergebnissen füge ich hier noch bei, dass im Durchschnitt von sämtlichen Deutschen Knappschaftsvereinen der Jahre 1885, 1890 bis einschliesslich 1893 zusammen für ein Mitglied jährlich 60,26 M. geleistet worden sind, von denen das Mitglied selbst 32,33 M. und der Unternehmer 27,93 entrichtete. Die Unterstützungen der Invaliden ergeben als durchschnittliche Unterstützungssumme 217,66 M.

# Specielle Krankenversorgung.

---

## I. Für Arbeiter.

### 2. Anhang.

#### Für Dienstboten.

Von

Dr. Otto Mugdan in Berlin.

---

Durch das Krankenkassenversicherungsgesetz haben Dienstboten, d. h. **solche** Personen, welche sich zu gemeinen häuslichen und wirthschaftlichen Diensten verpflichtet haben (§ 4) die Berechtigung erhalten, der **Gemeindekrankenversicherung** ihres Ortes beizutreten. Machen sie von **dieser** Berechtigung Gebrauch, so ist die Herrschaft nicht verpflichtet, **ein Drittel** der Beiträge zu zahlen; es kann auch statutarisch eine Ortskrankenkasse bestimmen, dass Dienstboten ihr beitreten können (§ 26 a), **in welchem** Falle die Herrschaft auch keinen Zuschuss zum Beitrage **leisten** muss; natürlich kann sie freiwillig die Versicherungsbeiträge ganz **oder** theilweise übernehmen. Es ist bei den Verhandlungen über die **Novelle** zum Krankenversicherungsgesetz mehrfach der Antrag gestellt **werden**, die Dienstboten der statutarischen Versicherungspflicht zu unterwerfen. Dies wurde aber immer abgelehnt. Es wurde hingewiesen, dass **in allen** Deutschen Bundesstaaten in irgend einer Weise schon durch Landesgesetz die Krankenfürsorge der Dienstboten geregelt sei; eine reichsgesetzliche Regelung der Krankenfürsorge für Dienstboten würde örtliche **Verhältnisse** garnicht berücksichtigen können.

Aber die Krankenfürsorge für Dienstboten ist in den einzelnen **Bundesstaaten** eine ganz verschiedene und wird zumeist durch die veralteten Gesindeordnungen festgesetzt.

Doch haben einige Bundesstaaten — Baden, Württemberg, Hamburg, Lübeck, Braunschweig — bundesstaatlich die Versicherungspflicht der Dienstboten ausgesprochen, obwohl die Befugniß der Landesgesetzgebung den reichsgesetzlichen Versicherungszwang auszudehnen strittig ist. Diese Dienstboten-Krankenkassen gewähren gewöhnlich einen Kran

kengeldanspruch nicht, um das Gesinde nicht zur Simulation zu führen, auch geben sie der Herrschaft das Recht den erkrankten Dienboten — selbst gegen seinen Willen — einem Krankenhause zu weisen.

In Bayern bestand eine gemeindliche Krankenversicherung für Gesinde schon nach dem Gesetz vom 29. April 1869 über die öffentliche Armen- und Krankenpflege. Hiernach ist den Dienboten, ausserhalb ihrer Heimath im Dienste stehen, oder innerhalb derselben ohne einen eigenen Haushalt zu haben oder bei ihren Eltern wohnen können, in Erkrankungsfällen von der Gemeinde des Dienstortes erforderliche Hülfe zu leisten, für ärztliche Behandlung nebst Pflege und Heilmitteln für die Dauer von 90 Tagen. Die Gemeinden sind verpflichtet, von allen im Gemeindebezirk wohnenden Dienboten einen Beitrag zu erheben, der wöchentlich nicht mehr als 15 Pfennige betragen darf. Die Herrschaften haben zwar für die richtige Bezahlung dieses Beitrags zu haften, sind aber nicht verpflichtet, zu demselben aus eigenen Mitteln etwas zu leisten.

Ferner gestattet das Bayerische Ausführungsgesetz zum Krankenversicherungsgesetz, dass die Dienboten durch Communalstaats-Gemeindekrankenversicherung unterworfen werden können, wozu die Herrschaft ein Drittel der Beiträge zu bezahlen hat.

In Preussen bestimmt die Gesinde-Ordnung vom 8. November 1810, die im Gebiet des Allgemeinen Landrechtes Geltung hat und dem mit der Gesinde-Ordnung für Neuvorpommern und Rügen einstimmt:

„Die Herrschaft ist schuldig, für die Cur und Verpflegung durch den Dienst oder bei Gelegenheit desselben erkrankten Dienboten, sofern letzterem nicht ein vertretbares Verschulden zur Last fallsorgen, jedoch nur bis zur Beendigung der Dienstzeit. In diesem Punkte hat die Herrschaft der Ortsobrigkeit rechtzeitig entsprechende Anzeige zu machen, damit diese sich des Kranken annehmen kann.“

Ist der Diensthote nicht durch den Dienst oder bei Gelegenheit desselben erkrankt, so ist die Herrschaft zur Fürsorge für denselben nur dann verpflichtet, wenn er keine Verwandten in der Nähe hat, welche sich seiner anzunehmen vermögen und gesetzlich verpflichtet sind; in solchen Fällen darf aber die Herrschaft die Curkosten vom Lohn in Abzug bringen.

Die Dienstherrschaft, die einen Dienboten in einem öffentlichen Krankenhause unterbringt, ist auch für die Dauer der Dienstzeit zur Übernahme verbunden, selbst wenn die Krankheit nicht durch den Dienst oder bei Gelegenheit desselben entstanden ist.“

Ueber die Dienstzeit hinaus wird die Herrschaft zur Tragung der Kosten für die Cur und den nothdürftigen Unterhalt des im Hause oder bei Gelegenheit desselben zu Schaden gekommenen Gesindes verpflichtet, wozu nach dem Allgemeinen Landrechte ein Machtgeber oder dem Bevollmächtigten bei Ausrichtung des Geschäfts durch Zufall

festgestellten, Schaden vergüten muss. — Diese Verpflegung dauert so lange, bis das Gesinde sich sein Brod selbst wieder verdienen kann.

Wenn der Dienstbote endlich durch Misshandlung der Herrschaft, ohne sein grobes Verschulden an seiner Gesundheit beschädigt worden ist, so hat er von ihr vollständige Schadloshaltung nach den allgemeinen gesetzlichen Bestimmungen zu fordern.

Ebenso muss nach der Königlich Sächsischen Gesinde-Ordnung vom 10. Januar 1835 die Dienstherrschaft den erkrankten Dienstboten auf ihre Kosten auch über die Dienstzeit hinaus ärztlich behandeln lassen, wenn sie das Gesinde zu einer ihm nach seinen Dienstverhältnissen geöhnlicher Weise nicht zukommenden und an sich für die Gesundheit gefährlichen Verrichtung genöthigt hat. In anderen Fällen stellt das sächsische Recht den Dienstboten noch ungünstiger als das Preussische, indem es bei einer Erkrankung „lediglich aus natürlichen Ursachen“ die Anerkennung der baar verwendeten Kosten, ausgenommen die für die Stellvertretung, auf Lohn und Kostgeld gestattet.

In den meisten übrigen Gesindeordnungen finden sich ähnliche oder ähnliche Bestimmungen. Bei Verschulden der Herrschaft oder bei Erkrankung durch den Dienst hat die Herrschaft die Pflege und den Unterhalt für erkranktes Gesinde auf die Dauer der Dienstzeit zu leisten, in anderen Fällen ist sie entweder zur vorläufigen Pflege und Unterhaltung des erkrankten Gesindes verpflichtet, bis die Verwandten des Gesindes oder die Obrigkeit Maassnahmen zu seiner Aufnahme getroffen haben, kann aber den Ersatz der Kosten von dem Gesinde oder seinen alimentationspflichtigen Verwandten verlangen oder sie ist zur Unterhaltung und Pflege bis Ablauf des Vertrages verpflichtet, darf aber ihre eigenen Ausgaben am Lohne in Abrechnung bringen.

In der Rheinprovinz, Schleswig, Nassau, Anhalt, Sachsen-Meiningen, den Hohenzollern'schen Landen und in einem Theile von Mecklenburg ist eine Maximaldauer (8 Tage!) bis 6 Wochen (Nassau) festgesetzt, zu welcher die Herrschaft erkranktes Gesinde bei sich verpflegen muss, nach deren Ablauf aber jede Verbindlichkeit der Herrschaft erlischt.

In einigen Orten bestehen von den betreffenden Kreisen oder Gemeinden unterhaltene Krankenhäuser, die kranken Dienstboten ohne weiteres unentgeltliche Aufnahme und Pflege zu Theil werden lassen, doch sind diese Einrichtungen nur sehr vereinzelt. In Städten, in denen Krankenhäuser vorhanden, besteht gewöhnlich ein Krankenhausabonnement für erkrankte Dienstboten. Die Dienstherrschaft bezahlt an das Krankenhaus pro Dienstboten und Jahr eine bestimmte Summe, und dafür erhält der Dienstbote im Erkrankungsfalle freie Cur, Verpflegung und Unterhaltung. In Berlin und Leipzig bestehen Abonnementsvereine, die gegen eine gewisse Prämie (5 M. pro Dienstboten) erkrankten Dienstboten des Abonnenten Aufnahme in ein von ihnen gewünschtes Krankenhaus verschaffen und so lange die Krankenhauskosten tragen, als die

Nach § 611 dieses Gesetzes haben (vom 1. J. dauernd beschäftigten und in die häusliche Gemeinschaft Personen im Falle der Erkrankung einen Anspruch auf Verpflegung und ärztliche Behandlung bis zur Dauer von aber nicht über die Beendigung des Dienstverhältnisses, denn, dass der Krankheitsfall von dem Dienstverpflichtungssatz oder grobe Fahrlässigkeit verursacht wäre. Die Krankheit des Arbeitgebers kann Krankenhauspflege eintreten) während der Krankheitszeit geschuldeten Vergütung abgesehen. Dienstherr hat nicht das Recht, diesen Leistungen dadurch sich zu entziehen, dass er wegen des letzteren auf der Stelle löst; seine diesbezüglichen Pflichten können nicht aufgehoben oder beschränkt werden, bevor der Dienst völlig abgelaufen ist. Nur dann ist er von jeder Verpflichtung frei, wenn für die Verpflegung und ärztliche Behandlung eine Versicherung oder eine Einrichtung der öffentlichen Krankenkassen (nicht der Armenpflege) Vorsorge geschaffen ist.

Diese Vorschriften werden voraussichtlich dahin für die Dienstboten von Rechts wegen eine Krankenversicherung wird. Natürlich wird man hier sich nicht schematisch an die Bestimmungen in den Arbeiterkrankenkassen anlehnen dürfen. Es ist unzweckmässig, die Dienstboten an der Verwaltung theilnehmen zu lassen, und ebenso ist die Gewährung einer Pension nicht so sehr nothwendig, da es sich hier ja meistens um unverheirathete Personen handelt; Dienstboten, die auf eine Pension Krankengeldes nicht verzichten wollen, könnten ja in die meindekrankenversicherung aufgenommen werden, wobei gegen jetzt auch die Dienstherrschaft einen Beitrag zu zahlen. Zuglich der Pflege wird man berücksichtigen müssen, dass jedenfalls immer Krankenhauspflege eintreten wird.

erseits berechtigt ist, die Hälfte bei jeder Lohnzahlung in Abzug zu ngen. Der Beitrag beträgt pro Jahr und Dienstboten acht Mark, für eine 13 wöchentliche Krankenunterstützung und ein Sterbegeld von Mark gewährt wird. Der Dienstherrschaft oder dem behandelnden te — in Lübeck sind zur Behandlung in der Gesindekrankenkasse Aerzte zugelassen — steht es zu, die Ueberführung des Dienstboten in Krankenhaus zu veranlassen. Bleibt dagegen der Dienstbote im se der Herrschaft oder auch im Hause von Verwandten, so erhält reie ärztliche Behandlung und freie Arznei. Er hat auch Anspruch Gewährung von Brillen, Bruchbändern und ähnlichen Heilmitteln.

---



# Specielle Krankenversorgung.

---

## II. Für Gefangene.

Von

Dr. **Pfleger** in Plötzensee (Berlin).

---

Bei der Krankenfürsorge in den Gefängnissen sind zwei Gesichtspunkte im Auge zu behalten, dass der Erkrankte nicht nur Kranken sondern auch Gefangener ist. Einerseits ist in erster Linie darauf Rücksicht zu nehmen, dass die Aufgaben des Strafvollzuges, insbesondere sichere Verwahrung und Aufrechterhaltung der Disciplin, bei der Krankenbehandlung keine Störung erleiden; auf der anderen Seite muss trotz dieser Rücksichtnahme die Fürsorge für die Kranken derartig gerichtet sein, dass ihre Pflege und Behandlung den Erfahrungen der Neuzeit entspricht und ihnen das zur Erhaltung und Wiedererlangung der Gesundheit Nothwendige in ausreichendem Maasse gewährt wird.

In den Gefängnissen der früheren Zeit bis in unser Jahrhundert lag die Fürsorge für die Gefangenen überhaupt sehr im Argen. Mangel jeder Gesundheitspflege, Mangel an frischer Luft, an Licht und Wärme, Ueberfüllung der Detentionsräume, in denen die Gefangenen oft ohne Unterschied des Alters und Geschlechts zusammengepfercht liegen mussten, Verpestung derselben durch Effluvia aller Art, Schmutz und Unreinlichkeit, dazu eine elende Ernährung, also Mangel an so ziemlich Allem was zur Erhaltung des Lebens und der Gesundheit nothwendig ist, verheerende Wirkungen auf Leben und Gesundheit der Gefangenen, so dass früher eine Verurtheilung zu einer längeren Freiheitsstrafe einem Todesurtheil gleich kam.

Es ist deshalb auch sehr begreiflich, dass Erkrankungen und Todesfälle unter den Gefangenen in der früheren Zeit sehr zahlreiche waren.

Diese elenden Zustände in den Gefängnissen erzeugten eine Menge von ganz specifischen Gefängniskrankheiten, unter denen insbesondere typhöse Erkrankungen aller Art, unter dem Namen des „Kerkerfiebers“ zusammengefasst, die hervorragendste Rolle spielten. Durch ihre leichte Uebertragbarkeit verbreiteten sie sich nicht nur unter

nen selbst, sondern auch unter anderen mit ihnen in Berührung kommenden Menschen, und eine traurige Berühmtheit erlangten die im Namen der „schwarzen Assisen“ (Black assises) bekannt gewordenen Epidemien von Kerkerfieber in England. Die ausgedehnteste Jahre 1557 in Oxford auf, wo von den am 4., 5. und 6. Juli aufgestellten Gefangenen die Seuche auch auf Richter, Gelehrte und Zuschauer übertragen wurde und bis zum 12. August schonleben als Opfer forderte. Aehnliche Epidemien wütheten im Jahre 1686 in Exeter, 1730 in Taunton, 1742 in Launceston und 1750 in London.

Die weitere Folge dieser beklagenswerthen Zustände finden wir in den Gefängnissen den Scorbut fast endemisch, als dessen haupt-sächliche Ursachen die einförmige ungenügende Ernährung, die Uebersättigung der Anstaltsräume, die feuchte Beschaffenheit der Athmungs-luft, die niederdrückenden Gemüthsaffecte bezeichnet werden; ferner finden wir die grossere Ausbreitung der Scrofulose, die „Gefängniss-scrofulen“, die Anschwellung, Entzündung und Vereiterung der Lymphdrüsen, besonders des Halses, Nackens und der Achselhöhle; ferner allgemeine Nervenleiden, und zwar nicht nur als Folgeerscheinung eines anderen Leides, der Nieren, des Herzens, der Leber, sondern als selbständige Erkrankung, hervorgerufen durch eine mangelhafte Blutvertheilung (Hydrämie) infolge von schlechter Ernährung und allgemeiner Cachexie. Eine der häufigsten Erkrankungen war und ist zum Theil jetzt noch die Phthise.

Zu diesen Erkrankungen kamen auch noch in grosser Zahl innerliche mangelhafte Reinlichkeit, Hautausschläge in den verschiedensten Formen, ferner Augenerkrankungen, insbesondere Nachtblindheit, und als Folge der schlechten Kost Darmkrankheiten aller Art.

In neuerer Zeit sich humanere Anschauungen Bahn gebrochen und man zu der Einsicht gekommen war, dass es unmöglich im Interesse des Gesetzes liegen könne, einen zu einer Freiheitsstrafe Verurtheilten dauernd an seiner Gesundheit zu schädigen, oder ihn einem langsamen Siechthum entgegenzuführen, fanden die Fortschritte der allgemeinen Gesundheitspflege auch in den Gefängnissen Eingang. Die Anregung zu einer Besserung der Lage der Gefangenen ging Ende des 18. Jahrhunderts von dem Engländer John Howard aus. Mit thätlichem Eifer besuchte er nicht nur die Gefängnisse Englands, sondern auch der Länder des Continents, deckte die Schäden in denselben auf und gab Vorschläge für eine Reform des Gefängnisswesens. Seine Anregungen fielen nicht nur in seinem engeren Vaterlande auf fruchtbaren Boden, sondern fanden auch weit über die Grenzen desselben, insbesondere auch in Deutschland, Aufnahme und Nachahmung. Seitdem unentwegt daran gearbeitet, die Lage der Gefangenen menschenwürdiger zu gestalten, und in den Gefängnissen der Neuzeit sind zur Verhütung von Krankheiten die weitgehendsten

Einrichtungen getroffen in Bezug auf Reinlichkeit, auf Fürsorge gute Beschaffenheit und ausreichende Menge der Athmungsluft, insbesondere durch Verminderung der Ueberfüllung in den Anstalten. Fürsorge für eine ausreichende und zweckmässige Beköstigung der Gefangenen und andere Verbesserungen.

Entsprechend den Fortschritten in der Fürsorge für die Gefangenen finden wir auch eine Abnahme der Morbidität und Mortalität unter denselben.

Nachstehende statistische Angaben über die Mortalität in den Gefängnissen älterer und neuerer Zeit mögen diese Verhältnisse veranschaulichen (vgl. Baer, Der Einfluss der Gesundheitspflege in den Gefängnissen auf die Sterblichkeit der Gefangenen, Bl. für Gefängnisskunde Bd. XVI.; derselbe, über Morbidität und Mortalität in den Gefängnissen in v. Holtzendorff und v. Jagemann, Handbuch des Gefängniswesens. Hamburg 1888; derselbe, Hygiene des Gefängniswesens Jena 1897).

In Frankreich kamen in den Strafanstalten (Maisons centrales) auf 100 Gefangene im Durchschnitt jährlich

1817—35	: 7,00
1836—49	: 7,44
1850—55	: 6,28
1856—60	: 6,09
1861—66	: 4,81
1866—70	: 3,80
1874	: 3,80
1875—76	: 4,38
1877—81	: 3,81 Todesfälle.

In Holland betrug die Sterblichkeit in sämtlichen Strafanstalten von 1846—55 bei den Männern 52,2, bei den Weibern 81,1000; in den Jahren 1849—55 kamen bei den ersteren 46,7, bei letzteren 49,2 Todesfälle auf 1000 Gefangene.

1862—72 starben in der Gemeinschaftshaft von 1000 Gefangenen 15,20, in den Gefängnissen mit Einzelhaft nur 7,8 pM. und in letzteren 1873—78 sogar nur 2,3 pM. In den Strafgefängnissen war die Mortalität 1877 : 14,4 und 1878 : 14,3 pM.

In Belgien, wo schon früh der Fürsorge für die Gefangenen die Besserung der sanitären Verhältnisse in den Gefängnissen die Sorgfalt und Aufmerksamkeit geschenkt wurde, finden wir auch bessere Sterblichkeitsverhältnisse in den Gefängnissen. Die Mortalität trug dort in sämtlichen Strafanstalten:

1823—30	: 35,3 pM.
1831—36	: 32,1 „
1837—43	: 22,6 „
1850—51	: 24,0 „
1851—53	: 26,1 „

In den Strafanstalten (Maisons centrales) betrug sie 1874—77: 32,7 pM. In den Gerichtsgefängnissen (Maisons secondaires) 14,1 pM.

In England waren Ende des vorigen Jahrhunderts nach den Berichten von Howard die Zustände in den Gefängnissen geradezu grauenhafte, und auch noch Anfang dieses Jahrhunderts werden uns kaum abliche Schilderungen von der Verwahrlosung und dem Elend in den englischen Gefängnissen gebracht. Um so auffallender sind die Ergebnisse, welche hier durch die Beseitigung der vorhandenen Missstände und durch die Einführung geeigneter hygienischer Maassnahmen erzielt worden sind. Dank der besseren Fürsorge für die Gefangenen betrug zum Beispiel in der Anstalt Millbank in London in den Jahren 1825—45 Sterblichkeit der Gefangenen durchschnittlich nur 21,38 pM. und ist in allen Gefängnissen im Laufe der Jahre noch erheblich gesunken. In Strafanstalten (Convict prisons) war die Sterblichkeit:

Jahr	Tägliche Durchschnittszahl der Gefangenen		Anzahl der Gestorbenen		Auf je 1000 Gefangene kommen Gestorbene			Zahl der aus ärztlichen Gründen entlassenen Gefangenen	
	Männer	Weiber	Männer	Weiber	Männer	Weiber	überhaupt	überhaupt	auf 1000 Gefang.
56—60	6476	1046	81	15	12,56	15,03	12,8	82	2,1
61—65	6021	1248	82	16	13,50	13,00	13,6	28	0,7
66—70	6757	1100	94	16	14,07	14,48	14,0	12	0,3
76—80	8873	1214	110	17	12,41	14,57	12,6	105	1,1
81—85	9005	980	100	14	11,10	14,34	11,4	253	5,0

In den Ortsgefängnissen (Local prisons) betrug sie:

Jahr	Tägliche Durchschnittszahl der Gefangenen	Zahl der Gestorbenen	
		alljährlich überhaupt	auf 1000 Gefangene der täglichen Durchschnittszahl kommen Gestorbene
1862—66	18 272	222	12,4
1867—71	18 993	226	11,9
1872—76	18 131	211	11,6
1877—81	19 775	158	8,9
1882—85	17 222	139	7,5

In Schweden betrug die Sterblichkeit in den Straf- und Arbeitshäusern 1848—55 bei den Männern 5,92 pCt. Wie sich die Sterblichkeitsverhältnisse in den späteren Jahren gestalteten, zeigt nachstehende Tabelle. Es starben daselbst durchschnittlich von 100 Gefangenen:

Art der Anstalt	1867—71	1874—75	1876
Arrestgefängnisse (Maisons secondaires) . . . . .	1,01	0,96	0,9
Strafgefängnisse (Maisons centrales) . . . . .	2,67	2,25	2
Oeffentliche Zwangsarbeitsanstalt (Corps de travail public) . . . . .	3,1	2,32	2

In einzelnen Anstalten der Schweiz kamen auf 100 Gefangenen durchschnittlich Todesfälle

in Bern: 1831—42 : 4,26
1847—49 : 2,95
1874 : 1,50
in Genf: 1826—34 : 2,30
1835—42 : 3,40
1842—45 : 2,20
1846—55 : 0,83
in Zürich: 1841—44 : 3,00
1874 : 1,00

In einigen Hauptanstalten Italiens betrug die Sterblichkeit von 100 Gefangenen im täglichen Durchschnitt:

Anstalt	1855	1871	1875	1879
Alessandria . . . . .	13,31	6,37	4,56	4,17
Fossano . . . . .	9,70	9,46	4,76	2,88
Gavi . . . . .	19,84	1,37	1,39	2,83
Oneglia . . . . .	7,85	7,51	4,43	4,20
Pallanza . . . . .	29,93	6,64	2,31	5,84
Saluzzo . . . . .	6,99	5,45	4,31	3,44

Hierbei muss freilich hervorgehoben werden, dass die enorm hohe Sterblichkeit in einzelnen Anstalten, namentlich in Pallanza, im Jahre 1855 zum Theil durch das Auftreten der Cholera hervorgerufen worden ist.

In Deutschland war in den einzelnen Staaten die Sterblichkeit verschieden hohe.

Ungemein hoch war sie in Bayern, wo dieselbe nach einer Angabe (Zeitschrift des Kgl. Preuss. stat. Bureaus 1865) in München 1833—39 auf 14,1 pCt., in Amberg auf 8,6 pCt., in Würzburg

3 pCt., in Kaiserslautern auf 5 pCt. kam. — In den Zucht- und Arbeitshäusern diesseits des Rheins betrug in den Jahren 1840—48 die Sterblichkeit 70 pM. und sank bis 1861/62 auf 44,3 pM., um weiter 1866/67 noch allmählig bis auf 27,3 pM. zurückzugehen. — Von 68 fand wiederum eine Zunahme der Sterblichkeit statt, die von der künftigen Seite auf eine Verschlechterung der Gefangenenkost zurückgeführt wird, und zwar betrug sie 1869 : 40,3 pM., 1870 : 63,0 pM., 1871 : 59,5 pM. und 1872 : 44,1 pM. Nach dem Generalbericht von C. F. Mayer starben von 100 Gefangenen der Durchschnittsbevölkerung in den:

	1868—78	1881	1882	1883
Zuchthäusern . . . . .	4,97	4,28	4,13	4,67
Gefängnissen . . . . .	4,30	3,12	2,75	2,39
Arbeitshäusern . . . . .	6,06	5,71	5,93	3,89
im Ganzen	4,86	4,01	3,79	3,41
sämmtlichen Anstalten für Männer	4,73	3,75	3,59	3,22
sämmtlichen Anstalten für Weiber	5,57	5,44	4,94	4,44

In Württemberg kamen nach Cless (Die Gesundheitsverhältnisse in höheren Civilanstalten des Königreichs Württemberg. D. Viertelsschr. f. öffentl. Gesundheitspfl. 1879. Heft 3) in den Jahren 1842—51 im Mittel auf 1000 Gefangene jährlich 44 Todesfälle, und in den Jahren 1851—56 stieg die Sterblichkeit infolge der Zunahme der Gefangenen und der Zahl der Gefangenen wegen der herrschenden Noth und des Nothstandes sogar auf 75 pM. im Mittel, um dann infolge der Abnahme der Ueberfüllung der Anstalten von 1858—76 auf 25 pM. im Mittel herunterzugehen. Sie betrug in sämmtlichen Gefängnissen Württembergs:

im Jahre 1871/72 : 32,0 pM.  
 „ „ 1872/73 : 34,1 „  
 „ „ 1873/74 : 27,0 „  
 „ „ 1874/75 : 22,0 „  
 „ „ 1875/76 : 37,0 „  
 „ „ 1876/77 : 25,0 „

In Sachsen starben im Zuchthause zu Waldheim, der grössten Anstalt des Landes, im Durchschnitt:

1840—63 : 36,0 pM.  
 1876 : 30,2 „  
 1877 : 20,9 „  
 1878 : 14,2 „  
 1879 : 24,0 „

In den Straf- und Correctionsanstalten Sachsens waren von 100 Gefangenen gestorben:

1886 : 2,72
1887 : 2,52
1888 : 2,12
1889 : 1,38
1890 : 1,89
1891 : 1,78

Sehr günstige Sterblichkeitsverhältnisse finden wir Dank der grösseren Fürsorge für die Gefangenen in Baden. In dem grossen Männerzuchthaus in Bruchsal starben in den Jahren 1850—54 im Durchschnitt 24,6 pM., und die Sterblichkeit ging daselbst bis zum Jahr 1875—77 auf 16,2 pM. zurück.

In den Preussischen Zuchthäusern kamen nach Engel's Berechnung (a. a. O.) in den Jahren 1858—63 auf 1000 Gefangene durchschnittlich jährlich 31,6 Todesfälle, während nach den Angaben desselben Verfassers die Mortalität in den Altersgrenzen, in denen sich die Zuchthausgefangenen befinden, kaum 10 pM. überschreiten dürfte.

In welcher Weise in Preussen die Gesundheitspflege in den Gefängnissen im Laufe der Jahre die Gesundheits- und Sterblichkeitsverhältnisse unter den Gefangenen günstig beeinflusst hat, weist Baer in sehr anschaulicher Weise in der nachstehenden, von ihm aufgestellten Tabelle nach, welche die Erkrankungs- und Sterblichkeitsziffern in den dem Ministerium des Innern unterstellten Straf- und Gefangenenanstalten in den Jahren 1858—1894 darstellt (Hygiene des Gefängniswesens. S. 15).

Jahr	Tägliche Durchschnittszahl der Gefangenen	Morbidity		Mortality			
		tägliche Durchschnittszahl der Kranken	auf 100 Gefangene kommen Kranke	gestorben			auf 100 Gefangene kommen eins bis drei Todesfälle
				natürlichen Todes	durch Verunglückung	durch Selbstmord	
1858—1862	20151,20	1004,75	4,98	640,85	0,80	10,80	3,18
1863—1867	18802,00	800,20	4,02	524,80	2,20	10,60	2,78
1868—1872	19191,85	756,80	3,90	485,00	2,20	9,20	2,52
1873—1877, 78	17219,94	593,00	3,44	430,60	2,00	8,40	2,48
1878, 79—1882, 83	21194,13	743,20	3,50	661,40	1,60	9,60	3,12
1883, 84—1887, 88	19681,33	847,40	4,30	656,40	1,00	12,20	3,38
1888, 89—1892, 93	18092,89	625,85	3,45	353,33	1,20	11,60	1,95
1893, 94	18095,00	487,80	2,70	351,00	—	13,00	1,94

Zur Erläuterung der Tabelle sagt Baer: „Wir sehen in den Jahren 1858—1877/78 eine anhaltende Abnahme sowohl der Mortalitäts- als

itätsfrequenz und halten sie bedingt durch die Verminderung üllung in den Anstalten infolge der Abnahme der Durch- l der Gefangenen und ausserdem durch eine im Jahre 1868 e, relativ geringe, aber doch immer wirksame Kostverbesserung; iode von 1878/79—1882/83 steigt die Zahl des täglichen ttsstandes, und mit der Ueberfüllung in den Anstalten werden die sanitären Verhältnisse ungünstiger. Sie zeigen sich in der fjährigen Periode hingegen ausserordentlich günstig, weil mit me der Belegungszahl von 1888/89 an, gleichzeitig eine sehr : Kostverbesserung der Gefangenen nach dem rationellen neuen iv stattgefunden“.

icher Weise wird von demselben Autor der günstige Einfluss eichneten sanitären Einrichtungen, welche in dem dem Justiz- ) unterstehenden Strafgefängniss Plötzensee bei Berlin be- Gesundheit und Sterblichkeit der Gefangenen in folgender anschaulicht.

	Tägliche Durchschnittszahl der Gefangenen	Morbidität		Mortalität		
		tägliche Durchschnittszahl der Kranken	auf 100 Gefangene kommen Kranke	eines natürlichen Todes sind gestorben im Ganzen	im 5 jährigen Durchschnitt	auf 100 Gefangene kommen eines natürlichen Todes Gestorbene
1877	951	15.3	1.6	39	7.8	0.82
82/83	1434	20.6	1.4	89	17.8	1.24
87/88	1451	17.9	1.2	85	17.0	1.17
92/93	1604	22.5	1.4	74	14.8	0.92
94/95	1880	30.3	1.6	38	19.0	1.01

rschen aus allen diesen Darstellungen, wie sich Schritt für

Sterblichkeitsverhältnisse in allen Gefängnissen gebessert diese Abnahme der Morbidität und Mortalität unter den Ge- ann nur der grösseren Fürsorge für dieselben und der Auf- ler hygienischen Verhältnisse in den Anstalten zugeschrieben ter denen die Verringerung der Dichtigkeit der Gefängniss- r und die erhebliche Verbesserung der Gefangenenkost nicht te Rolle spielen.

sche Gefängnisskrankheiten, wie wir sie mit ihren verheerenden in den Gefängnissen der früheren Zeit auftreten sahen, den Gefängnissen unserer Zeit nicht mehr vor. — Ueber- scheiden sich in den jetzigen Gefängnissen die Krankheiten einen nicht von denen der Bevölkerung der Umgebung, ins-



besondere der Volksklassen, denen die Gefangenen entstammen. einzige Unterschied ist der, dass die Gefangenen häufiger erkranken weniger widerstandsfähig sind. Der Grund hierfür liegt zum Theil in den Verhältnissen der Gefangenen selbst, ihrer Abstammung, ihrem Leben, ihren socialen Verhältnissen, zum Theil in den nicht zu vermeidenden schädlichen Einflüssen der Haft.

Am häufigsten sind Erkrankungen der Athmungs- und Verdauungsorgane, und unter den ersteren ist es vorzugsweise die Lungensucht, welche noch heute unter der Gefängnisbevölkerung erhebliches Opfer fordert. Doch haben auch die Erkrankungen an Phthise mit der Einführung verbesserter hygienischer Einrichtungen, sowie auch in der gegen die Verbreitung dieser Krankheit auch in den Gefängnissen vorgeschriebenen prophylaktischen Maassnahmen erheblich abgenommen.

Die Krankenfürsorge in den Gefängnissen liegt ausschliesslich in der Hand eines Arztes.

Bereits bei seinem Eintritt in das Gefängniss wird jeder Gefangene einer genauen ärztlichen Untersuchung seines Gesundheitszustandes unterzogen. Bei kurzzeitigen Gefangenen kann diese Untersuchung sich auf eine allgemeine Besichtigung des Gefangenen und Feststellung etwa vorhandener ansteckender Krankheiten, namentlich von Syphilis und Krupp beschränken. Bei Gefangenen mit längeren Freiheitsstrafen muss indessen eine Untersuchung des ganzen Körpers stattfinden, um festzustellen, ob bei ihnen etwa Krankheiten oder Krankheitsanlagen vorhanden sind, welche unter dem Einfluss der Haft eine Verschlimmerung erlangen können oder welche seine Arbeitsfähigkeit beschränken, oder von vorn herein gewisse Maassnahmen, wie Aufnahme in das Lazareth, Vermeidung der Einsperrung in strenge Isolirhaft und dergleichen, nothwendig machen.

Insbesondere ist auf etwa vorhandene Zeichen von Tuberkulose zu achten und deshalb unter allen Umständen eine genaue Untersuchung der Athmungswerkzeuge vorzunehmen.

Im weiteren Verlauf der Haft ist dem Gesundheitszustand der Gefangenen besondere Aufmerksamkeit zuzuwenden.

Jedem Gefangenen steht das Recht zu, sich krank zu melden und eine Vorführung beim Arzt, beziehungsweise eine ärztliche Untersuchung und Behandlung zu verlangen. Dass hierbei freilich der Simulation kein Thor offen steht und von diesem Recht auch in nicht nothwendigen Fällen der ausgiebigste Gebrauch gemacht wird, bedarf wohl keiner weiteren Ausführung. Die sich auf diese Weise vormeldenden Gefangenen werden, wenn sie sich in Einzelhaft befinden, in der Regel in die Zellen besetzt, die in Gemeinschaftshaft befindlichen werden dagegen in einem besonderen Ordinationszimmer vorgeführt. Hierbei wird zu ermitteln, ob überhaupt eine Erkrankung vorliegt, und falls dasselbe der Fall ist, ob der Zustand des Kranken einen weiteren Verbleib in dem ihm angewiesenen Detentionsraum beziehungsweise bei seiner Arbeit gestattet oder nicht. Die weitaus grösste Zahl der hierbei festgestellten

nkheiten ist nur leichter Natur und vielfach derart, dass sie bei en Leuten überhaupt nicht zur ärztlichen Behandlung kommen würden. se Art von Kranken, welche unter Beibehaltung der bisherigen ensweise die ärztlichen Verordnungen sehr wohl auf ihren Arbeits-zen oder sonstigen Detentionsräumen ausführen können, verbleiben elbst und werden dem Arzt, wenn nothwendig, bis zur Beseitigung Krankheit wieder vorgeführt. Schwerer, namentlich fieberhaft Er-unkte dagegen, welche einer besonderen Fürsorge in Bezug auf Ueber-ehung, Verpflegung und ärztliche Behandlung bedürfen, müssen in : besondere Krankenabtheilung aufgenommen werden. Zu diesem eck ist es nothwendig, dass bei jedem grösseren Gefängniss ein zwar ach, aber den Anforderungen der Neuzeit in Bezug auf Lage, Räum-keiten, innere Ausstattung, Luftraum, Heizung, Lüftung, Bäder-ge entsprechend eingerichtetes Lazareth vorhanden ist. Die esse desselben richtet sich nach der Kopfszahl der gesunden Gefan-en und ist nicht zu gering, etwa auf 6—7 pCt. der gesunden zu ressen, damit einmal zu Zeiten eines höheren Krankenbestandes, z. B. etwaigem Ausbruch einer Epidemie, die nothwendige Zahl der Betten Verfügung stehe, dann aber auch, damit die Möglichkeit vorhanden einzelne Zimmer zeitweise behufs gründlicherer Reinigung und Des-fection unbesetzt zu lassen.

Bei der Lazarethbehandlung der kranken Gefangenen soll im All-einen an dem Grundsatz festgehalten werden, dass Gefangene, die i in Isolirhaft befinden, auch im Lazareth isolirt behandelt werden len, und für diesen Zweck sind die nöthigen Isolirräume auch im zareth vorhanden. Indessen lässt sich dieser Grundsatz nur bis zu einer issen Grenze durchführen. Oft reichen die vorhandenen Isolirräume ht aus und vielfach lässt sich eine Isolirung mit der Behandlung der anken nicht vereinigen, sei es, dass eine ausreichende Pflege oder obachtung sich in der Zelle nicht durchführen lässt, sei es, dass lere Gründe der Zweckmässigkeit und Humanität es wünschenswerth heinen lassen, dem Kranken die Wohlthat des Zusammenlebens mit lern Menschen zu gewähren.

Die medicamentöse, diätetische und sonstige Behandlung der kran- n Gefangenen im Lazareth geschieht, wie in jedem anderen Kranken-ise, nach den allgemein feststehenden Grundsätzen der Wissenschaft. wird zwar hierbei die grösste Sparsamkeit zur Pflicht gemacht, aus- end von dem Gesichtspunkte, dass das Gefängnisslazareth kein uskrankenhaus und der Kranke in erster Linie Gefangener ist; in- ssen darf dem kranken Gefangenen das für die Behandlung und Ver-egung Nothwendige nicht versagt werden, und hierin muss dem Arzt ier Spielraum gelassen werden.

Für die Kranken ist natürlich eine besondere, leichtere Diät noth- ndig und, wie in jedem Krankenhause, bestehen auch im Gefängniss-areth verschiedene Diätformen, welche vom Arzt für die einzelnen anken festgesetzt werden. Ausserdem steht es dem Arzt frei, neben

Als Mittagesseu wird eine Suppe, beziehungsweise Graupen, Nudeln, Gries, Kartoffeln, Mohrrüben, Kohlrüben, grünen Erbsen u. dgl. in verschiedenen Zusammenstellungen erhalten. Davon erhalten die Kranken in der ersten Diätform der zweiten  $\frac{3}{4}$  Liter, die der dritten und vierten erhält es für die Kranken in den ersten 3 Diätformen

Das Abendessen besteht aus einer Suppe von Kartoffeln, Brot oder Mehl. Von dieser erhalten, wie bei den Kranken in der ersten Form etwa 1 Liter, in der zweiten in der dritten und vierten etwa  $\frac{1}{2}$  Liter.

Als Gebäck wird Semmel verabreicht, und zwar in der ersten Diätform für den Tag 3 Semmeln, in der zweiten 2 und vierten 2 Stück.

Ausser dieser Diät kann der Arzt Kranken in der vierten Diätform eine Reihe von Extrazulagen verschreiben:  $\frac{1}{2}$ —1 Liter Milch,  $\frac{1}{2}$  Liter Bouillon, Braten mit Fleisch, Schinken, Eiern, Butter, Pflaumen, Heringen, ist dem Arzt völlig freie Hand gelassen, dem Bedürfnis Rechnung zu tragen, wobei allerdings empfohlen wird Sparsamkeit zu Werke zu gehen.

Der Anstaltsarzt muss die Kranken im Lazarett einmal besuchen und hat die Behandlung und zu leiten. Ihm zur Seite stehen ein oder nach Bedürfnis mehr, von denen mindestens einer geprüfter Heilberufsweg, welche, ihm untergeordnet, die Dienste eines Krankenpflegers haben. Dieselben haben, neben der Sorge für die Kranken, den Anweisungen des Arztes in der Behandlung nachzukommen und die vom Arzt angeordneten Maßnahmen

h aber mehr oder weniger arbeitsunfähig sind und der strengen Gemisssdisciplin nicht unterworfen werden können. Für Gefangene der Art ist in grösseren Gefängnissen in der Regel eine besondere heilung, „Invalidenabtheilung“, eingerichtet, in der sie entweder unhäftigt, oder nur mit leichteren, ihrem Körperzustand entsprechenden Arbeiten beschäftigt, verwahrt werden und der ärztlichen Beaufsichtigung unterliegen.

Liegt bei einem Gefangenen eine Erkrankung vor, welche im Gemisslazareth mit Aussicht auf Erfolg nicht behandelt werden kann, die einer specialärztlichen Behandlung oder der Vornahme einer Operation, die im Anstaltslazareth nicht ausgeführt werden kann, bedarf, so kann seine Ueberführung in ein anderes Krankenhaus angetragen werden. In diesem wird der Erkrankte in seiner Eigenschaft Gefangener weiter behandelt und die Dauer des Aufenthaltes in der Anstalt wird in die Strafzeit mit eingerechnet, wenn der Verurtheilte nicht mit der Absicht, die Strafvollstreckung zu unterbrechen, Krankheit selbst herbeigeführt hat (§ 493 Str.-P.-O.).

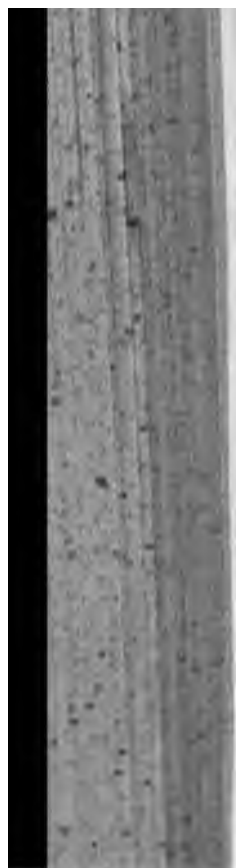
Bei derartigen Erkrankungen kann indessen auch eine Unterbrechung der Strafhafthandlung stattfinden und der Kranke bis zur Wiederherstellung seiner Gesundheit aus der Strafhafthandlung beurlaubt werden (§ 487 Str.-P.-O. Abs. 3).

Fälle dieser Art kommen namentlich in kleineren Gefängnissen in der Regel vor, in denen sich ein den Anforderungen entsprechend eingerichtetes Lazareth befindet. Hier können natürlich nur leichtere, schnell übergehende Erkrankungen behandelt werden. Schwerer Erkrankte, welche einer besonderen Pflege oder einer längeren Krankenhausbehandlung bedürfen, müssen aus diesen Gefängnissen entweder unter Aufhebung der Haft oder unter Aussetzung derselben in ein öffentliches Krankenhaus gebracht werden. Doch können auch derartige Kranke in grösseren Gefängnissen, mit dem eine Lazaretheinrichtung verbunden ist, überwiesen werden.

Verfällt ein Gefangener in eine Krankheit, welche durch die Einwirkung der Haft in einer derartigen Weise ungünstig beeinflusst wird, dass von der weiteren Vollstreckung der Strafe eine nahe Gefahr für das Leben zu befürchten ist, so kann auf Antrag die weitere Vollstreckung der Strafe unterbrochen und der Kranke aus der Haft auf eine gewisse Zeit beurlaubt werden (§ 487 Str.-P.-O. Abs. 2).

Eine der schwierigsten Fragen in der Krankenfürsorge in den Gefängnissen, welche eine endgiltige Lösung noch nicht erfahren hat, ist die der Fürsorge für die geisteskranken Gefangenen. Hierbei muss unterschieden werden zwischen Geisteskranken, welche bereits im Zustand einer Geistesstörung gegen das Gesetz gefehlt haben (verbrechende Irren) und solchen, welche erst im Verlauf des Strafvollzuges in eine Geisteskrankheit verfallen (irren Verbrechern).

Bei der ersten Gruppe unterliegt es keinem Zweifel, dass dieselben nicht als Verbrecher, sondern als Kranke anzusehen sind, dass sie nicht in die Strafanstalt, sondern in die Irrenanstalt gehören. Sie sind,



Neben Gefangenen mit ausgesprochenen Verbrechen jedem grösseren Gefängniss ausserden noch eine Art mit zweifelhaften Geisteszuständen, psychisch Mindergeistes Defecten und Schwächezuständen Behaftete, s. geistig defekten Gefangenen noch erheblich höher Kranken sind in den Gefängnissen an jeder Stelle der strengen Disziplin können sie nicht unterworfen Verhältnisse gegen die Hausordnung können sie wörtlich gemacht werden: überhaupt können viele Einsicht in die Bedeutung der Strafe fehlt, nicht Strafe sein.

Der Fürsorge für eine zweckmässige Behandlung der geisteskranken Sträflinge stehen noch immer die gleichen entgegen. Eine Behandlung derselben im Anstalt als das Nächstliegende angesehen werden muss, durchführbar, da es in den Gefängnisslazarethen in notwendigen Einrichtungen für Irrenpflege, insbesondere geschulten Pflegepersonal fehlt. Eine Ausnahmetendenz auftretende und schnell verlaufende Psychosen unter dem Einfluss der Einzelhaft auftreten sehen, scholischer Verstimmung, verbunden mit Verfolgungswahn- und Gehörshallucinationen und wie sie auch schmerzhaft vorkommen können. Derartige Fälle in den Anstaltslazarethen behandelt werden. In erster Kranken, falls sie sich in Isolirhaft befinden, aus der Gemeinschaftshaft verlegt werden, und vielfach geistige Maassnahme und eine kürzere oder längere Beh-

er Zeit gegen diese Unterbringung schwerwiegende Bedenken geltend macht. Abgesehen davon, dass die geisteskranken Verbrecher in das tztige System der freien Irrenpflege nicht hineinpassen, dass in den Irrenanstalten für sichere Verwahrung derselben nicht genügend Gewähr geleistet werden kann, und dass sie aus vielen anderen Gründen ein störendes Element in den Irrenanstalten abgeben, ist ihre Unterbringung dieselben mit mancherlei Schwierigkeiten und Zeitverlust verknüpft. Zunächst ist es, schon zur Sicherstellung gegen Simulation, nothwendig, dass die einer Geisteskrankheit verdächtigen Gefangenen einige Zeit im Gefängnisslazareth auf ihren Geisteszustand beobachtet werden. Stellt sich hierbei heraus, dass der Gefangene thatsächlich an einer Geistesstörung leidet, welche im Lazareth nicht behandelt, beziehungsweise geheilt werden kann, so wird die Entlassung des Kranken aus der Strafanstalt und seine Unterbringung in eine Irrenanstalt beantragt. Ehe indessen alle Formalitäten für diesen Zweck bei den verschiedenen Behörden, welche hier mitzusprechen haben, erfüllt sind, vergehen oft viele Wochen und Monate, bis endlich die Ueberführung in eine Irrenanstalt möglich ist; dann ist oft der günstige Zeitpunkt für die Heilung des Kranken verstrichen, und diesen Umständen ist es wohl meist zuzuschreiben, wenn geisteskranken Verbrecher den Irrenanstalten aus den Strafanstalten so spät in unheilbarem Zustande zugeführt werden.

Dass diese Art der Fürsorge für die geisteskranken Gefangenen eine durchaus unzureichende ist, und hier Verbesserungen dringend anzustreben sind, kann wohl keinem Zweifel unterliegen.

An Vorschlägen, wie diesem Mangel abzuhelpen sei, hat es nicht gefehlt, und seit Jahrzehnten haben sich Kriminalisten und Verwaltungsbeamte, Gefängniss- und Irrenärzte darum bemüht, den geeignetsten Modus für die Unterbringung geisteskranker Verbrecher zu finden, und bis jetzt diese Frage einer endgiltigen Lösung entgegengeführt haben.

In England, wo man zuerst näher an diese Frage herantrat, glaubte man eine Lösung derselben gefunden zu haben in der Errichtung sogenannter Specialasyle für geisteskranken Verbrecher. So wurde im Jahre 1850 in Dundrum bei Dublin ein kleines Asyl gegründet und 1863 die grosse Centralanstalt zu Broadmoor eröffnet. Auch in Amerika wurde 1859 in Auburn bei New-York ein gleiches Asyl eingerichtet. Die Anstalt zu Broadmoor, die grösste in dieser Form bestehende, war zur Aufnahme von 413 Männern und 150 Frauen bestimmt, und zwar sollten dieselben aufgenommen werden in erster Linie Geisteskranke, welche bereits in diesem Zustande die Verbrechen verübt hatten (Criminal lunatics) ferner aber auch Kranke, welche erst im Verlauf des Strafvollzugs geisteskrank geworden waren (Insane convicts). Die Zahl der letzteren wuchs jedoch bald bedeutend an und erreichte 1868 die Hälfte des Gesamtbestandes der Anstalt. Die Anhäufung so vieler verbrecherischer Elemente an einem Orte führte bald zu Unzuträglichkeiten aller Art. Unerwartete Ausbrüche, Revolten, Complotte, thätliche Angriffe gegen

das Wartepersonal und Aerzte kamen vielfach vor und erschwerte hohem Grade die Handhabung der Disciplin, so dass man sich gezwungen sah, einen Theil der irre gewordenen Sträflinge anderweitig unzubringen.

Die Einrichtung von Anstalten nach dem Muster von Broadmoor hat bei uns in Deutschland wenig Anklang gefunden. Abgesehen von den schlimmen Erfahrungen in Broadmoor entspricht die Verweisung von verbrecherischen Irren mit irren Verbrechern, also von Schuldigen mit Schuldigen, nicht unseren Anschauungen und unserem Rechtsgedanken. Zudem sind die Kosten für Verwaltung und Unterhaltung derartiger Anstalten enorm hohe — in Broadmoor beliefen sie sich pro Kopf Jahr auf 960 Mark —; ferner würde der Transport der Kranken entfernter liegenden Anstalten erhebliche Schwierigkeiten und Kosten verursachen, so dass bei uns diese Einrichtung nicht sehr nachahmenswerth erscheinen muss.

Mehr Befürwortung fand seitens einer Reihe von Irrenärzten ein weiterer Vorschlag, die Errichtung besonderer Annexen an Irrenanstalten zur Aufnahme von irren Verbrechern. Dieselben müssten, um ihren Zweck zu genügen, sowohl baulich, als auch bezüglich des Sicherheitsdienstes mehr den Charakter eines Gefängnisses als den einer Irrenanstalt annehmen. Derartige Abtheilungen würden ja gewiss die Irrenanstalten von den störenden Elementen entlasten und eine Trennung von irren Verbrechern und unbescholtenen Kranken ermöglichen, auch in denselben für die Sicherheit gegen Entweichung genügend Sorge tragen. Doch lassen sich gegen solche Annexen eine Reihe von Einwürfen erheben. Die Vortheile, welche die Behandlung in Irrenanstalten den Kranken bietet, insbesondere die Wohlthat der Irrenpflege, fallen bei diesen Abtheilungen vollständig weg, und die Complicationen und Weitläufigkeiten, wie wir sie jetzt bei der Unterbringung der Kranken in die Irrenanstalt haben, bleiben genau dieselben. Auch dem lassen sich in solchen Abtheilungen auch nur solche Geisteskranken unterbringen, bei denen eine Geistesstörung thatsächlich vorliegt, und nicht die grosse Zahl psychisch Verdächtiger, der geistig Minderwerthigen, der Defecten, welche in das strenge Regime der Gefängnisse nicht passen, und unter demselben schliesslich in ausgesprochene Geisteskranken verfallen, in den Gefängnissen verbleiben muss.

Den weitgehendsten Anforderungen würde eine Einrichtung entsprechen, welche eine Reihe namhafter Strafanstaltsärzte als strebenswertheste Ziel in der Fürsorge für geisteskrankes Verbrechen bezeichneten, nämlich die Einrichtung besonderer sogenannter „Irrengefängnisse“. Man dachte sich dieselben als selbstständige Anstalten möglichst unter ärztlicher Leitung, in welche alle Sträflinge untergebracht werden sollten, welche sich wegen körperlicher Gebrechen, Sittenlosigkeit, Altersgebrechlichkeit, Krüppelhaftigkeit, Lähmung, Erblindung, Taubheit für einen geordneten Strafvollzug nicht eignen. In diesen Anstalten sollten besondere Abtheilungen eingerichtet werden, in denen

**geisteskranken Sträflinge**, und zwar nicht nur solche mit ausgesprochenen Geisteskrankheiten, sondern auch alle mit psychischen Defecten behafteten, geistig minderwerthigen und verdächtigen Gefangenen Aufnahme finden sollten, die der gewöhnlichen Gefängnisdisciplin nicht unterworfen werden können. Für ausreichende vielseitige Beschäftigung, namentlich auch im Freien, sowie für die Möglichkeit der Trennung der einzelnen Gruppen von Gefangenen sollte Sorge getragen werden, insbesondere auch für alle zur Behandlung und Pflege von Geisteskranken nothwendigen Einrichtungen und ein geschultes Wartepersonal.

In England haben sich derartige Invalidengefängnisse mit Irrenabtheilungen sehr gut bewährt, und auch in Deutschland hat man die Vortheile derselben im Männergefängniss zu Bruchsal in Baden praktisch zu erproben Gelegenheit gehabt, wo im Jahre 1864 eine besondere unter ärztlicher Leitung stehende Hilfsstrafanstalt eingerichtet wurde, welche zur Aufnahme von mit körperlichen und geistigen Gebrechen und Leidenszuständen behafteten Gefangenen bestimmt war. Das Lazareth dieser Anstalt war mit allen für die Irrenpflege nothwendigen Mitteln versehen, und ausserdem war für die Möglichkeit der Trennung der einzelnen Kategorien der kranken Gefangenen und eine zweckmässige Beschäftigung derselben in genügender Weise gesorgt.

Die Zweckmässigkeit dieser Anstalt und ihre Vortheile wurden vom Leiter derselben Dr. Gutsch (Bl. für Gefängnissskunde. Bd. IX. pag. 44 ff.) rühmend hervorgehoben. Jedoch musste dieselbe im Jahre 1872 wegen Raummangels auch zur Detention gesunder Gefangener benutzt werden; dadurch wurde sie ihres Charakters als Hilfsstrafanstalt und Invalidengefängniss entkleidet und büsste infolge dessen auch eine Reihe ihrer Vorzüge ein.

Die Vorzüge derartiger Anstalten sind nicht zu verkennen, doch stösst ihre praktische Durchführung auf vielerlei Schwierigkeiten und Bedenken.

Aehnliche Vorzüge, wenn auch nicht in dem ausgedehnten Maasse wie die Invalidengefängnisse, würden besondere Irrenabtheilungen als Annexe an Strafanstalten bieten, für deren Schaffung gleichfalls viele Strafanstalts- und Irrenärzte sich ausgesprochen haben, Einrichtungen, wie sie bereits in ähnlicher Weise an einigen Strafanstalten, z. B. bei dem Zuchthaus Waldheim in Sachsen und der Strafanstalt Moabit in Berlin bestehen. Diese Abtheilungen sollten zur Aufnahme von nur psychisch erkrankten Sträflingen dienen, und zwar nicht nur von wirklich Geistesgestörten, sondern auch von psychisch Defecten und Verdächtigen zu prophylaktischen und curativen Zwecken und zur Beobachtung. Zu diesem Zwecke müssten sie mit den nothwendigen Einrichtungen und einem geschulten Wartepersonal versehen sein, unter selbstständiger ärztlicher Leitung stehen, und genügend Räumlichkeiten zur Aufnahme der Kranken, und die Möglichkeit einer geeigneten Beschäftigung derselben bieten. Die Vortheile derartiger Annexe wären in erster Linie eine Entlastung sowohl der Straf- als auch der Irrenanstalten von störenden Elementen;



den Kranken würde in denselben eine sachgemässe Pflege und Behandlung zu Theil werden können; in denselben würden durch Annahme auch der gemindert Zurechnungsfähigen und geistig Defect und Verdächtigen eine ausgedehnte Prophylaxe geübt werden können vor allem aber würden sie, da die jetzigen Formalitäten bei der Unterbringung fortfallen würden, dem Haupterforderniss genügen, die Kranken so schnell wie möglich, der ihre geistige Gesundheit schwer schädlichen Umgebung und den Einflüssen der Haft zu entziehen und in Verhältnisse zu bringen, welche ihrem Zustande entsprechen, und durch die Erzielung von Heilerfolgen ermöglichen, welche unter jetzigen Verhältnissen sehr in Frage gestellt sind.

---

# Specielle Krankenversorgung.

---

## III. Für Schüler und Waisen.

Von

Dr. W. Feilchenfeld in Charlottenburg.

---

Seitdem Aerzte und Lehrer sich für die Hygiene der Schule interessirten, begann man auch den Kranken innerhalb der Schule Aufmerksamkeit zuzuwenden. Im Allgemeinen allerdings gehören Kranke am allerwenigsten in die Schulen, aber doch giebt es eine grosse Reihe von Kranken, welche, obwohl nicht völlig gesund, dennoch kaum dauernd von der Schule ferngehalten werden können. Hierzu gehören vor allem sehr zahlreiche, geistig nicht ganz normale Kinder, von denen man in der Schule 3 verschiedene Gruppen findet, welche eine von einander abweichende Behandlung erfordern, obwohl die unterscheidenden Merkmale nicht eine scharfe Trennung möglich machen, und obwohl oft genug die Schwierigkeit, ein Kind dem einen oder dem anderen Grade zuzutheilen, nicht gering ist.

Die tiefste Stufe in der geistigen Entwicklung nehmen die Idioten ein, welche als völlig bildungsunfähig anzusehen sind. So unglaublich es erscheinen muss, dennoch finden wir gar nicht so sehr selten solche Idioten in unseren Volksschulen. Warner fand unter 50000 Schulkindern aus 65 Schulen 5 Idioten und noch jüngst fand in Berlin eine Commission<sup>1)</sup> von 4 Aerzten unter 255 Schulkindern, welche ihnen aus einer Anzahl von 10132 als geistig minderwerthig zur Untersuchung zugewiesen wurden, sogar 11 Idioten! Auch aus anderen Städten wird Aehnliches berichtet, und viel häufiger noch werden sie sich wohl auf dem flachen Lande finden. Es ergiebt sich schon aus dieser Thatsache die dringende Nothwendigkeit, dass alle Schulkinder von Aerzten untersucht werden müssen, und so die Schulen von Kranken befreit werden,

---

<sup>1)</sup> Untersuchung zurückgebliebener Schulkinder von Dr. S. Kalischer, Dr. Moll, Dr. H. Neumann, Dr. Teichmann. Deutsche med. Wochenschr. 1898. No. 1 und Deutsche Schulzeitung. 1898. No. 2.

die durch ihre Anwesenheit noch mehr die Schule stören, als sie selbst durch dieselbe leiden.

Den zweiten Grad stellen die Schwachsinnigen dar, welche noch bis zu einem gewissen Grade bildungsfähig sind. Sie unterscheiden sich wesentlich von normalen Kindern. Die Haupteigenthümlichkeiten der Schwachsinnigen sind: ihre Unfähigkeit zu längerer Aufmerksamkeit beim Unterricht, schwere Auffassung, schlechtes Gedächtniss, mangelhaftes Urtheilsvermögen, auffallende Verkehrtheit im sittlichen Empfinden, körperliche Abnormitäten. Richter<sup>1)</sup> sagt: schwachsinnige Kinder unterscheiden sich von geistig gesunden oft schon äusserlich durch Schläffheit in Körperhaltung und Gang, durch Ungeschicklichkeit der Glieder bei auszuführenden Bewegungen, durch abweichende Schädelbildung, blöden Gesichtsausdruck, matten Blick, einseitige Lähmungen, oder Lähmungen der oberen Augenlider, dicke, schwere Zunge, theilnahmlöses Hinbrüten oder unruhiges, aufgeregtes Wesen; merkbarer noch in geistiger Hinsicht durch mangelhafte Entwicklung des Orts-, Farben-, Formen- und Grössensinnes, wodurch hauptsächlich das Zurückbleiben im Lesen, Schreiben, Rechnen bedingt wird, durch langsamere Auffassung, leichtere Vergesslichkeit, schwerfällige Erinnerung, durch sprachliche Unbeholfenheit theils im Hervorbringen einzelner Laute oder ihrer richtigen Verwendung zu Wörtern, theils in der grammatikalisch unrichtigen Stellung der Worte beim Sprechen eines Satzes. Wenn alle die genannten Eigenthümlichkeiten zusammentreffen, so wird man allerdings wohl den Zustand bereits als Blödsinn bezeichnen müssen. Fuchs<sup>2)</sup> präcisirt die wichtigsten Kennzeichen des Schwachsinnes wie folgt: 1. das Nichterfassen des inneren Zusammenhanges im Zahlenraume von 1--10; 2. Unfähigkeit im Nachmalen und Schreiben, Spiegelschriftschreiben, später nur mechanische Einprägung der Schreibweise; 3. gedankenloses, nur mechanisches Nachsprechen und Lesen; 4. Armuth an Gedanken und im Gedankenausdruck, Fehlen der höheren Urtheilsbildung, geringe Reizbarkeit der Vorstellung; 5. momentanes, dauerndes Vergessen (auch das Gegentheil); 6. Unarten, psychische Eigenthümlichkeiten, Anomalien im Denken, Fühlen und Wollen, psychische Regelwidrigkeiten; 7. ein mehrjähriges, einseitiges oder totales Zurückstehen hinter Gleichalterigen in geistiger, vielleicht auch körperlicher Beziehung.

Die ausgesprochene Idiotie ist in den meisten Fällen als congenital (Eltern blutsverwandt, Trunksucht, Schwindsucht, Syphilis, Geisteskrankheiten der Ascendenten) anzusehen, und nur zuweilen entsteht sie in Folge von schweren Kopfverletzungen und Hirnhautentzündung; auch der Schwachsinn ist oft als die Folge einer mangelhaften Entwicklung der

<sup>1)</sup> Zeitschrift für die Behandlung Schwachsinniger und Epileptiker. 1895. No. 2 und 3.

<sup>2)</sup> Arno Fuchs, Die Schwachsinnigen und die Organisation ihrer Entziehung. Evangel. Schulblatt. 1897. V.

**Hirnrinde**, also als angeboren nachzuweisen. Karl Hammarberg<sup>1)</sup> stellte fest, dass in sämtlichen seiner Beobachtung zu Grunde gelegten Fällen, die alle Hauptgruppen der Idiotie repräsentiren, die psychischen Defecte mit einem Mangel an functionstüchtigen Nervenzellen in der Hirnrinde in Zusammenhang gebracht werden konnten. In sämtlichen Fällen wurde die Rinde in einem gewissen Stadium in ihrer normalen Entwicklung gehemmt. Diese Hemmung kann vom späteren Fötalleben bis ins erste Lebensjahr hinein eintreten und grössere oder kleinere Gebiete der Hirnrinde in der Entwicklung zum Stillstande bringen. Diesen verschiedenen Graden der Hemmung entsprechen drei verschiedene Gruppen von Idioten: 1. Blödsinnige, 2. in hohem Grade, 3. mässig Schwachsinnige. Als wichtig bezeichnet Hammarberg, dass unter neun Fällen nur in einem Degeneration der Zellen vorkam, während andere Autoren Atrophie, Vacuolenbildung, Pigmentdegeneration anführen; sicher sei, dass unentwickelte Zellen in manchen Fällen für atrophische angesehen würden. Während so also der schwedische Forscher auf Grund seiner Untersuchungen einen erworbenen Schwachsinn auszuschliessen geneigt ist, müssen wir doch auf Grund der täglichen Beobachtung praktisch einen solchen annehmen, da wir nach bestimmten äusseren Einwirkungen bis dahin normale Kinder schwachsinnig werden sehen. Solche Veranlassungen sind schwere Kopfverletzungen, Hirnhautentzündungen, schwere Infectionskrankheiten, Mittelohrerkrankungen, Nasenrachenleiden, auch schlechte und unzweckmässige Ernährung (Alkoholgenuss kleiner Kinder<sup>2)</sup>). Dass eine elende Körperbeschaffenheit in Folge ungenügender Ernährung der Kinder und auch der Eltern in einem wesentlichen ursächlichen Zusammenhange mit der Entwicklung des Schwachsinn steht, beweisen die Zahlen der Schwachsinnigen in den verschiedenen Gegenden und den verschiedenen Bevölkerungsklassen. Bei einer diesbezüglichen Zählung in der Schweiz (1897) wurde gefunden, dass die landwirthschaftliche und Bergbevölkerung eine relativ weit grössere Zahl stellt als die industrielle und Stadtbevölkerung. Auch die anderen körperlichen Ursachen des Schwachsinn wurden häufig bei Schuluntersuchungen festgestellt, so z. B. von Dr. Dillinger<sup>3)</sup> in Plauen i. V. und von der Berliner Commission<sup>4)</sup>: körperliche Störungen fanden sich bei den untersuchten Kindern ausserordentlich häufig. Es zeigten 125 Knaben (bzw. 132 Mädchen) folgende Störungen: Scrophulöse Drüenschwellungen 101 (90), Gaumen- oder Rachenmandelvergrösserung 75 (89), abgelaufene Mittelohrentzündung 47 (33), hierbei noch Eiterabsonderung 6 (3), Kropf

1) Studien über Klinik und Pathologie der Idiotie nebst Untersuchungen über die normale Anatomie der Hirnrinde. Upsala 1895, citirt nach Käs. Deutsche med. Wochenschr. 1898. No. 10.

2) W. Feilchenfeld, Alkoholgenuss bei Kindern. Veröffentl. d. Vereins f. gesundheitsgemässe Erziehung der Jugend. Berlin. C. Kantorowicz 1898.

3) Z. f. Behandl. Schw. u. Geh.

4) l. c.

14 (25), serophulöse Augenentzündungen (fast immer abgelaufen) 10 9, Sprachstörungen 10 (4), Kopfschmerzen stärkeren Grades (hierbei auch Migräne) 10 (7), Schwachsichtigkeit (abgesehen von der durch serophulöse Augenentzündung verursachten) 7 (8), höhere Grade von Brechungsanomalien der Augen 3 (12), Schielen 4 (7), Herzfehler 2 6, nervöse Schwerhörigkeit 4 (11), hochgradige Wirbelsäulenverkrümmung 0 3, weitstanzähnliche Zuckungen 1 (5), Epilepsie 1 (1), Lähmungen 1 3, Erkrankungen des inneren Auges 1 (1), Tiefstand des oberen Augenlides 1 (2); ausserdem mehrere Fälle von leichterem Lungenkatarrh, ausgeheilte Knochentuberkulose, ein Fall von erbter Syphilis und 2 Fälle von geistiger Störung.

Die wichtigeren Erkrankungen gruppieren sich in folgender procentischer Häufigkeit: innere Krankheiten 76 pCt., Störungen des Nervensystems 10 pCt., der Nasenathmung 64 pCt., der Sprache 5 pCt., Herabsetzung des Gehörs 35 pCt., der Sehschärfe 19 pCt. aller untersuchten Kinder.“

Den dritten Grad stellen die Schwachbegabten dar, deren Zahl in den Volksschulen eine sehr beträchtliche ist. Es sind das Kinder, die wenig aufmerksam und schwerfällig in ihrer Auffassung sind; ihr Gedächtniss ist häufig schwach entwickelt; meist bleiben sie weit hinter ihren Altersgenossen zurück, obwohl sie dem Anscheine nach wenig Anormes an sich haben. Auch bei ihnen handelt es sich oft um körperliche Schädigungen und Schwäche nach überstandener Krankheit, um schlechten Ernährungszustand, ungenügenden Schlaf und Ueberanstrengung durch Beschäftigung ausserhalb der Schule. Besonders letzteres spielt hierbei eine grosse Rolle. Dass auf dem Lande die Kinder fast allgemein und zwar oft in sehr ausgedehntem Maasse mit zur Landarbeit herangezogen werden, ist bekannt, aber über die Thätigkeit der Schulkinder in den Städten sind erst seit kurzer Zeit sichere Angaben veröffentlicht worden. Ich will nur die neuesten Zahlen aus den Gemeindeschulen Berlins vom 28. Februar 1898 wiedergeben: Unter den ca. 200000 Schülern wurden 25394 Kinder beschäftigt und zwar 17636 Knaben und 7758 Mädchen, davon mehr als 3 Stunden täglich 11091 Kinder (8766 — 2325). Insbesondere waren beschäftigt: mit Austragen von Frühstück 4595 Kinder (3667 — 928); mit Austragen von Milch 1886 Kinder (1259 — 627); mit Austragen von Zeitungen 3669 Kinder (2188 — 1481), mit Austragen von Wäsche 551 Kinder (312 — 239, als Laufburschen, Ablieferer, Boten und Austräger 7409 Kinder (6333 — 1076), beim Kegeln 415 Kinder (414 — 1). Dabei sind diese Zahlen sicher noch unvollständig, so fehlt z. B. die nicht ganz geringe Zahl der Abend- und Nachtverkäufer auf Strassen etc. und die im Hausbetriebe Mitbeschäftigten. Dass Kinder, die derartig in Anspruch genommen werden, und die meist des Morgens von 4 oder 5 Uhr an bis zum Schulbesuche bereits angestrengt thätig waren, nicht den Ansprüchen der Schule genügen können, ist leicht zu verstehen.

Die ziffernmässige Feststellung aller Schwachsinnigen und Schwachbe-

n ist schwierig, da einmal der Begriff des Schwachsinnns und des achbegabtseins nicht ein allgemein gleichmässig angenommener ist, da ferner eine grosse Reihe hierhergehöriger Kinder gar nicht einget wird und so auch der Zählung nicht zugänglich gemacht werden . Die vorhandenen Angaben für Schwachsinnige schwanken von -7 pCt. und in einzelnen Gegenden werden sogar noch weit höhere n angegeben. Im Medicinalbezirke Marienberg (Sachsen)<sup>1)</sup> fanden unter 11959 Schulkindern 409 auffällig beschränkte; in Dortmund e die Zahl auf 0,2—0,3 pCt. angegeben, in Berlin<sup>2)</sup> wurden 0,6 pCt. den. In London wurden 1891 unter 6500 Schülern der öffentlichen len 1 pCt. Schwachbegabte gefunden, in Norwegen 0,4 pCt. In : waren 1896 in 16 Knabenschulen 116 Schwachbegabte und „Un- plinirte“ in 15 Mädchenschulen 16. Kerr fand unter 10759 Schül- ern 117 unzweifelhaft Geistesschwache, also über 1 pCt., Stötzner eipzig im Jahre 1865 unter 10000 Schulkindern 50, also 0,5 pCt. eidgenössische statistische Bureau hat 1897 eine Zählung der in pflichtigem Alter stehenden schwachsinnigen, körperlich gebrechlichen sittlich verwaehrlosten Kinder vorgenommen und fand von 463548 entarschülern 13155 mit irgend welchen geistigen Mängeln behaftet, n aber 7667 noch der geistigen Entwicklung fähig sind.

Wenn wir uns nun fragen, was mit allen diesen Kindern geschehen so werden wir zunächst die wirklichen Idioten unbedingt aus der le entfernen müssen und in geschlossenen Anstalten unterbringen; dort ist es möglich, sie bis zu einem gewissen Grade zu erziehen ihnen einige mechanische Fertigkeiten beizubringen. Auch die in rem Grade Schwachsinnigen sind am besten in sachverständig ge- en Pflegeanstalten aufgehoben, wo sie vor den üblen Einflüssen des es, vor den schädlichen Einwirkungen einer unverständigen, oft übel- enden Umgebung geschützt und zu einfachen Arbeiten im Hause, im en, auf dem Lande u. s. w. angehalten werden können.

Schwieriger liegt die Frage bei der sehr grossen Anzahl der übrigen achsinnigen in unseren Volksschulen. Wenn auch im Beginne der ssenhafte Lehrer immer wieder das Kind heranzuziehen sucht, und besondere Aufmerksamkeit widmet, wird er doch bald durch den leibenden Erfolg von dieser Mühe zurückgeschreckt; denn bald wird eh dessen bewusst, dass er zu Unrecht die Zeit den anderen Schü- entzieht, und gar zu reichlich ist diese Zeit ja unseren Lehrern zugemessen, denn durchschnittlich entfielen in Preussen 1896 chüler für jede Unterrichtsklasse und gerade in den ärmeren Di- ten, welche vornehmlich eine grosse Zahl von Schwachsinnigen auf- en, beträgt die Zahl oft genug über 80. So kommt es schnell dazu, die unglücklichen Kinder ganz vernachlässigt und unberücksichtigt

1) 27. Jahresbericht des Landesmedicinalcollegiums über das Medicinalwesen nigreich Sachsen auf das Jahr 1895.

2) l. c.



Elternhause werden oft genug diese Kinder als mi-  
behandelt und dadurch in ihrem sittlichen Empfinde-  
dig. Dass diese Kinder nicht in die Volksschule  
die geistig normalen Raum ist, hat man nun auch :  
Das, was man zur Abhilfe vorgeschlagen und auch  
reits eingeführt hat, ist mannigfaltig. Am radicalste  
alle diese Kinder in geschlossenen Anstalten unterz-  
Verkehr mit gleichgearteten Kameraden nicht den vi-  
ausgesetzt sind, wie in anderer Umgebung; durch I  
Auffassungsfähigkeit angepasst ist, durch umfangreic  
fertigkeit, durch gemeinsame Spiele, gemeinsame Au-  
den Kindern eine gute Heranbildung zum praktischen  
In Deutschland bestehen solche Anstalten kaum al-  
tute; nur in den 44 Idiotenanstalten und Anstalten  
den derartige Kinder zuweilen untergebracht. In der  
1895 3 öffentliche Anstalten im Kanton Zürich, 2  
je eine in Basel, Bern, Waadt, Thurgau, Soloth  
411 Kinder untergebracht. Auch in Nord-Amerika  
Zeit eine ganze Reihe derartiger Institute; nach Mor-  
dort 18 Staatsanstalten für geistesschwache Kinder :  
5746 Kindern, und 10 Privatanstalten mit 33 Lehren

Wenn auch die Anstaltserziehung viel gutes z-  
ist, und wenn auch, wie bereits erwähnt, in vielen F-  
sinnigen Kinder keine liebevolle Behandlung genies-  
nicht allgemein empfohlen werden, alle diese Kind-  
dem Familienleben, der Fürsorge der Mutter zu en-  
praktisch die Ausführung aus materiellen Gründen f-

geschlagen. Es ist das aber als verfehlt anzusehen, da gerade für schwachsinnige der Zusammenhang mit anderen Kindern vortheilhaft und durch gegenseitige Aneiferung und Nachahmung manches zu erreichen. Besonders aber ist dieser Privatunterricht aus dem Grunde zu vermeiden, weil er, ausserhalb der Schulzeit ertheilt, gerade die Kinder noch mehr belastet, die im Gegentheile am meisten entlastet werden müssten. Der selbe Vorwurf trifft auch die Nachhilfeklassen, die an einzelnen Orten errichtet wurden. In Apolda<sup>1)</sup> wurde 1877 eine solche Nachhilfeklasse errichtet, in welche 1. die von Natur schwachsinnigen, noch bildungslosen Kinder aufgenommen werden, 2. solche schwach begabte Kinder, welche mit ihren Klassengenossen nicht hatten gleichen Schritt halten können und länger als 2 Jahre in einer Klasse der Volksschule verweilen waren, 3. die von ausserhalb zugezogenen Kinder, welche in einzelnen Fächern hinter ihren Klassengenossen zurückstanden und 4. Kinder, durch lange und schwere Krankheit verhindert, ebenfalls zurückgeblieben waren. Es zeigte sich bald die Mangelhaftigkeit dieses Systems, da es wurden alle schwachsinnigen Kinder unter einem Lehrer als selbständige Abtheilung abgesondert. Das ist auch der Weg, den man jetzt an allen Orten beschritten hat zum Besten der Volksschulen, die von Eltern, die sie hemmen, befreit werden, und zum Besten auch der schwachsinnigen, welche so am zweckmässigsten gefördert werden können. In kleinen Orten allerdings, wo nur einzelne solcher Kinder vorhanden sind, wird man diese privatim mindestens 6 Stunden in der Woche unterrichten lassen mit genügender Berücksichtigung der grösseren oder geringeren Geistesschwäche, und zwar auf Kosten der Schulsocietät oder der Kommune, sofern die Eltern oder Anhörigen ausser Stande sind, die erwachsenden Kosten aus eigenen Mitteln zu bestreiten oder wenigstens theilweise zu übernehmen. Kuntz<sup>2)</sup> meint: „An dem Unterricht in technischen Fächern als: Schreiben, Zeichnen, Turnen, Handarbeiten, können indess solche Schüler sich eventuell in der Volksschule betheiligen. Ich verspreche mir von solchen Maassnahmen einen grossen Gewinn und Segen für die Bemitleidenswerthen, welche ja ohne Schuld von der Natur so arg vernachlässigt und gestraft sind, und die sich auch einen nicht zu unterschätzenden Vortheil für den Lehrer und die normalen Schüler, die auf diese Weise in der Unterrichtsthätigkeit gehemmt sind.“ Doch gilt dieses, wie gesagt, nur für kleinere Orte, in grösseren müssen Hilfsschulen gegründet werden, in denen die Kinder gemeinsam unterrichtet werden; man wird sich dabei nicht auf eine Klasse beschränken dürfen, sondern muss, sobald nur die Zahl der Schwachsinnigen nicht zu gering ist, eine mehrstufige Schule errichten, welche den Kindern bis zu einem gewissen Grade eine abschlossene Bildung zu gewähren im Stande ist. Das Ziel, das er-

<sup>1)</sup> Reinke, l. c. S. 81.

<sup>2)</sup> P. Kuntz, Die Behandlung schwachsinniger und schwachbegabter Schüler. Sammlung pädagog. Vorträge. Bd. IX. Heft 4. 1897.



strebt werden soll, ist, diese schwachsinnigen Kinder zu braven, erwerbsfähigen Menschen zu machen und sie dazu mit den für einfache Lebensverhältnisse ausreichenden Kenntnissen und Fertigkeiten zu versehen. Der gesammte Unterricht muss ein viel weniger umfassender sein als in der Volksschule; es muss weit mehr noch als bei normalen Kindern durch die Einwirkung auf die Sinne der Schüler zu bilden gesucht werden; der Anschauungsunterricht muss daher im Mittelpunkte der gesammten Unterweisung dieser Kinder stehen (Reinke). Jede Abstraktion muss vermieden werden. Das Vorwärtsschreiten im Unterrichte darf nur sehr langsam geschehen, weitgehendste individuelle Behandlung muss ermöglicht werden; daher darf die Schülerzahl in der Klasse nur 15 bis 20 betragen, eine Zahl, die von den bestehenden Anstalten auch vielfach inne gehalten wird. Der Unterricht darf bei häufigem Wechsel des Gegenstandes nie länger als 40 Minuten hintereinander dauern, in den unteren Klassen nur 30 Minuten; die Pausen müssen gross sein; die wöchentliche Stundenzahl soll nicht mehr als 20–25 betragen. In den einzelnen Klassen muss zu gleicher Zeit stets der gleiche Gegenstand gelehrt werden, damit Kinder, die in den verschiedenen Gegenständen verschieden fortschreiten, in diesen den verschiedenen Klassen zugetheilt werden können. Solche „Fachklassen“ sind übrigens eine alte Einrichtung und bestanden bis in unser Jahrhundert hinein in den deutschen Gymnasien<sup>1)</sup>, in denen die Schüler, je nach ihren Kenntnissen in den einzelnen Fächern ganz verschiedenen Klassen zugetheilt werden konnten.

Auf den Lehrplan näher einzugehen will ich unterlassen, verweise dabei auf die Zusammenstellung von Reinke, welche den Plan aus einer Reihe bestehender Schulen bringt. Nur die hervorragende Wichtigkeit des Handfertigkeitsunterrichtes möchte ich betonen, da gerade durch ihn die Kinder für die Bedürfnisse des Lebens besonders gut vorgebildet werden können, und die Gelegenheit geboten wird, die bei Schwachsinnigen so häufige Ungeschicklichkeit zu überwinden. Für Kinder mit Sprachgebrechen, die hier sehr oft vorhanden sind, muss sachgemasse Behandlung und Aufsicht in der Schule stattfinden.

An einzelnen Orten hat man zweckmässig die Kinder, um sie vor den erwähnten Schädigungen der sonstigen Umgebung zu schützen, nicht nur zum Unterrichte in der Schule vereinigt, sondern auch zu gemeinsamem Spiele, zur geselligen Erholung, zu Ausflügen und zu den Mahlzeiten (Tagesanstalten). In Leipzig z. B. erhalten die Schüler, welche einen weiten Schulweg haben und die, deren Eltern es wünschen, Mittag in der Schule und bleiben den ganzen Tag in derselben. Die Unmittelten erhalten das Mittagessen auf Kosten der Stadt unentgeltlich von einer städtischen Speiseanstalt geliefert. Jede Portion enthält einen doppelten Fleischantheil, klein geschnitten und unter das Gemüse gerührt, so dass es mit dem Löffel gegessen werden kann: jedes Kind

<sup>1)</sup> Richter, l. c.

eine um den Hals zu bindende Serviette. Den Dienst während des ; versieht ein für diesen Zweck angestellter Aufwärter unter Auf- von 2 Lehrern und einer Lehrerin.

In den meisten bestehenden Hilfsschulen sind Knaben und Mäd- n den Klassen vereint; man vertheile dann die Geschlechter auf echte und linke Seite des Schulraumes, beim Hinuntergehen mögen ädchen zuerst, beim Hinaufgehen die Knaben vorangehen. Wenn hülerzahl genügend gross ist, trenne man die Geschlechter.

Die Schulräume sind vortheilhaft in besonderen Schulhäusern unter- gen, da es gut ist, jede Berührung dieser Kinder mit denen der schule zu vermeiden; da jedoch die Hilfsschulen meist im Verhält- u andern Schulen eine sehr geringe Schülerzahl haben, würde die affung eigener Nebenräume wie Turnhalle, Schulbaderaum etc. un- tuissmässig hohe Kosten verursachen. Es ist darum auch ge- ich Anschluss an eine Volksschule üblich. Dabei ist es zu hlen, wie z. B. in Charlottenburg, ein abgesondertes Schulhaus genem Eingang auf dem Gesamtterrain zu errichten und so die utzung der Nebenbauten der Hauptschule zu ermöglichen. Jeden- sollen in solchen Fällen die Kinder der Hilfsschule ungefähr unde später kommen und  $\frac{1}{4}$  Stunde früher gehen als die anderen er, um unliebsame Reibereien und Neckereien zu vermeiden. Die r muss möglichst central gelegen sein, um, so weit es angeht, gar ite Wege zu vermeiden; in sehr grossen Städten, in denen nicht re Schulen in den einzelnen Stadttheilen angelegt werden können, hlt es sich, an eine centrale Schule mehrere Unterklassen in der erie der Stadt anzuschliessen. Grade die unterste Klasse wird die wichtigste sein, da in ihr die Denk- und Auffassungsfähigkeit erschlossen werden muss; hier am meisten wird daher auch auf geringe Schülerzahl, welche eine eingehende Beschäftigung des s mit jedem einzelnen Kinde ermöglicht, geachtet werden müssen. sind grade die jungen Kinder der Unterstufe vor allem vor weiten regem zu schützen, welche den älteren schon eher zugemuthet n können.

für alle Kinder sind genaue Personalbogen anzulegen, enthaltend: ationale der Kinder und der Eltern, hereditäre Verhältnisse, über- ne Krankheiten, körperlicher Untersuchungsbefund, Dauer des n Schulbesuches, Erfolg desselben, Prüfungsergebniss bei der Auf- . Dieser Bogen muss regelmässig alle Semester weitergeführt und och möglichst lange nach der Entlassung ergänzt werden. Ein s Schema eines solchen Personalbogens, wie er in Leipzig üblich ird in der Zeitschrift für die Behandlung Schwachsinniger und tiker 1894. No. 5 u. 6 wiedergegeben. Ein kürzeres Schema (Kalischer<sup>1)</sup>).

---

<sup>1</sup> S. Kalischer, Was können wir für den Unterricht und die Erziehung unsrer begabten und schwachsinnigen Kinder thun? Berlin 1897.

Wichtig ist es, dass die Kinder in der richtigen Weise für die H-  
schule ausgebildet werden: man muss unbedingt verlangen, dass  
nach sorgfältiger pädagogischer und ärztlicher Untersuchung Kinder  
der Volksschule verwiesen werden, und man muss im Allgemeinen d-  
festhalten, dass, abgesehen von besonderen Fällen, nur Kinder, welche län-  
Zeit die unteren Klassen ohne Erfolg besucht haben, in die H-  
gehören. An vielen Orten werden nur solche Kinder, die bereits 2 J  
in der unteren Klasse gewesen sind, ohne für die Versetzung in  
höhere reif zu sein, zur H-  
zugelassen. Oft genug werden  
der, die im Beginn ihrer Schulzeit einen hochgradig beschränkten  
druck machten, nach 1—2 Jahren in ihrer Lern- und Auffassungsfi-  
keit so wesentlich gebessert, dass der Lehrer selbst über den uner-  
teten Fortschritt erstaunt ist. Man weise daher nur auf ausdrückli-  
ärztlichen Rath von vorn herein Kinder der H-  
zu, wenn Bestimmtheit eine normale Entwicklung auszuschliessen ist.

In den meisten bestehenden Schulen wird das Kind auf Antrag  
Lehrers nach Prüfung des zuständigen Rectors von dem Leiter der H-  
schule gemeinsam mit dem bisherigen Lehrer unter Zuziehung des Ar-  
geprüft; dann werden die Eltern aufgefordert, den Antrag auf U-  
weisung an die H-  
zu stellen. In Braunschweig, Sachsen,  
halt, Schleswig-Holstein, in Norwegen können die Kinder zwangs-  
den H-  
zugewiesen werden. Die Zuziehung des Arztes  
schiebt noch nicht überall und regelmässig, obwohl sie allseitig  
dringend nothwendig angesehen wird. Die Nothwendigkeit solcher  
licher Controlle wird auch durch ein Rundschreiben des Kgl. preussis-  
Unterrichtsministers vom 16. Januar 1894 anerkannt: es heisst in d-  
selben: „Von wesentlicher Bedeutung für die Ueberweisung der in d-  
Klassen gehörenden Kinder ist die Betheiligung des Arztes, in  
körperliche Gebrechen oder überstandene Krankheiten mit der zur-  
gebliebenen geistigen Entwicklung in Zusammenhang zu stehen p-  
Besonders wichtig sind daher auch die schon jetzt mit anerkenn-  
werther Sorgfalt geführten Entwicklungsgeschichten der einzelnen Kin-  
andererseits giebt die ärztliche Mitwirkung Gewähr dafür, dass die U-  
weisung auf Kinder beschränkt bleibt, welche geistig nicht genög-  
entwickelt sind, um den normalen Unterricht zu empfangen“. Von  
1894 bestehenden 26 Schulen in 18 Städten geschah die Aufnahme  
Kinder unter ärztlicher Mitwirkung in 13 Städten.

Die Erfolge, die durch solche H-  
erzielt werden, sind  
gute, da aus den meisten bestehenden Anstalten berichtet wird, d-  
durchschnittlich 80 pCt. der Kinder erwerbsfähig werden und eine ga-  
Reihe von Kindern nach Verlauf einiger Jahre auch wieder an die Vol-  
schule zurückgewiesen werden konnte, nachdem sie sich soweit e-  
wickelt hatten, dass sie mit Erfolg nunmehr an dem gewöhnlichen Unt-  
richte Theil zu nehmen im Stande waren.

Allerdings bedingt die Einrichtung solcher Schulen auch gröss-  
Kosten, als die, welche Normalschulen verursachen. Die Lehrer wer-

t mehr belastet, als es sonst der Fall ist; es gehört eine selbstlose, erfreuliche Arbeitslust dazu, sich diesen elendesten unter den Kindern schliesslich zu widmen; es erfordert auch eine besondere Vorbildung psychologisch-pädagogischen Dingen<sup>1)</sup> und in Behandlung von Sprachrechen, ferner eine sorgfältige Ausbildung im Handfertigkeitenunterricht. Eine Funktionszulage für den Lehrer der Hilfsschule erscheint so als durchaus gerechtfertigt und wird auch in der Höhe von 200 bis 300 Mark für den Lehrer, 3—500 für den Leiter der Schule überall zufinden. Dazu kommen dann die Mehrkosten, welche eine eigene Schule für eine beschränkte Schülerzahl im Gegensatz zu einer vollbesetzten Schule verursacht. Die Kosten sind an den verschiedenen Orten nicht ganz gleich, sie schwanken für das Kind und Jahr von 58 bis 130 Mark; in Braunschweig betragen sie 120 M., in Elberfeld 100 M., während dort der Volksschüler nur 44 M. Kosten verursacht. Da aber, wie oben erwähnt, ca. 80 pCt. der Kinder erwerbsfähig werden, so ist die grössere Ausgabe als ein von der Commune gut angelegtes Kapital anzusehen, das sie vor einer Anzahl sicherer Almosenempfänger und oft auch vor Verbrechern schützt; umso mehr hat die einzelne Gemeinde ein Interesse an der Erziehung der Schwachsinnigen, da gerade diese am wenigsten leicht sich von der Scholle trennen und so dauernd dem Heimathsorte zur Last fallen. Einzelne Communen gehen daher noch weiter und bemühen sich, auch nach Beendigung des Schulbesuches diese Kinder zu sorgen, indem sie dieselben zu tüchtigen Meistern in die Lehre bringen, denen sie einen Zuschuss zu dem üblichen Lehrlohn gewähren, um die Lehrherren zu grösserer Sorgfalt in der Erziehung und zu ausdauernder Geduld anzuapornen.

Die Zahl der Hilfsschulen hat in den letzten Jahren in Deutschland sehr zugenommen: während nach einer Statistik von Kielhorn 1894 30 Hilfsschulen von 115 Lehrern in 110 Klassen 2290 Schüler unterrichtet wurden, werden 1898 von Wintermann<sup>2)</sup> in 53 Städten 202 Klassen mit 225 Lehrkräften und 4280 Kindern aufgezählt. Diese Zusammenstellung ist nicht ganz vollständig, da in Wirklichkeit wohl gegen 300 Kinder z. Z. in Hilfsschulen untergebracht sind; dennoch aber zeigt die Zahl dieser letzteren in keiner Weise, da in Deutschland ungefähr 60000 Schwachsinnige und Schwachbegabte zu versorgen wären.

Halle a. S. und Dresden waren die ersten Städte, welche 1863 und 1867 bereits Nachhilfeklassen einrichteten, aus denen sich dann selbstständige Hilfsschulen entwickelten. Es folgten Gera (76), Apolda (77), Elberfeld (79), Braunschweig und Leipzig (81), Halberstadt und Dortmund (83), Königsberg i. Pr., Crefeld, Chemnitz (85), Guben, Köln (86), Düsseldorf, Cassel, Aachen, Karlsruhe, Lübeck (88), Bremen, Al-

<sup>1)</sup> In Jena werden Feriencurse für die pädagogische, psychologische, psychiatrische, hygienische Ausbildung der Lehrer gehalten.

<sup>2)</sup> Beiträge zur Kindertforschung. Heft III. Die Hilfsschulen Deutschlands von Wintermann. Langensalza 1898.

tona, Hannover, Frankfurt a. M. (89), Erfurt. Jena Privat-erziehungs-  
haus Sophienhöhe) (90), Weimar, Kaiserslautern 91. Hamburg, Mainz,  
Magdeburg, Stettin, Breslau, Nordhausen (92). Zwickau, Görlitz, Char-  
lottenburg, Plauen i. V. (93), Gotha, Nürnberg (94). Göttingen, Branden-  
burg a. H., Essen, Mühlhausen i. E. (95). Eisenach. Lüneburg, Barmen  
(96), Danzig, Cottbus, Bonn, Posen, Pforzheim, Strassburg i. E., Zittau i. S.  
(97), Bremerhafen (98). In der Schweiz haben Chur 81. Basel 87,  
St. Gallen (90), Zürich (91), Bern (92), Schaffhausen 93. Herisau  
St. Appenzell (97). Specialklassen und Nachhilfeschulen: in London  
wurden auf Antrag von R. Bourke 1891 3 Schulen mit 30 Klassen für  
Minderbegabte errichtet. 1895 bestanden an 26 Stellen eigene Sammel-  
stellen für schwachsinnige Kinder mit 600 Schülern und es sollten dem-  
nächst 7 neue Sammelklassen eröffnet werden. Wien hat 1885 einige  
Klassen und später ganze Schulen für schwachsinnige Schüler ein-  
richtet. Norwegen hat in Christiania und Bergen solche Hilfsschulen,  
auch in Schweden, Frankreich, Holland fehlen sie nicht, ebenso wie in  
Amerika.

Lange Zeit und zum Theil auch jetzt noch bestand ein Vorurtheil  
der Eltern gegen die Hilfsschulen; dieselben wollten nicht zugeben, dass  
ihre Kinder zu Schülern zweiter Klasse herabgewürdigt würden, sie fürch-  
teten, dass ihnen damit dauernd der Makel der Minderwerthigkeit auf-  
gedrückt bliebe. Richter<sup>2)</sup> sagt: „man hat oft die Trennung schwach-  
sinniger Kinder von den anderen gleichsam als ein ihnen zugefügtes  
Unrecht angesehen, weil ihnen dadurch die aus dem Verkehre mit Be-  
gabteren erwachsende Aneiferung entgeht und ihnen durch die abson-  
dernde Unterweisung für immer ein Makel aufgedrückt werde. Nichts ist  
unrichtiger als das; gerade aus dem Verkehre mit besser begabten er-  
wachsen schwachsinnigen Kindern meist nur Demüthigungen und Nerke-  
reien, die unter ihresgleichen wegfallen; und wie kann derjenige ange-  
spornet werden zu fliegen, dem keine Schwingen gewachsen sind? Eher  
erfolgt ein gegenseitiges Anfeuern unter Gleichbegabten.“ Thatsächlich  
wird auch überall, wo die Schulen eine Zeit lang bestehen, berichtet,  
wie man immer weniger mit der Abneigung der Eltern gegen die neuen  
Schulen zu kämpfen habe, wie die Eltern von selbst die Kinder den-  
selben zuführen und auf den Rath der Lehrer, die Ueberweisung zu be-  
antragen, gerne eingehen. Aus Köln z. B. wird geschrieben<sup>3)</sup>: den  
Eltern steht das Einspruchsrecht gegen die Ueberweisung ihrer Kinder  
in die Hilfsschule zu; doch ist dasselbe nur ein beschränktes und wird  
jetzt nur selten ausgeübt. Dies kommt daher, dass durch die Erziel-  
der Hilfsschule der Widerwille der Eltern fast ganz überwunden ist,  
namentlich aber daher, dass der Leiter resp. die Leiterin der Anstalt  
die Eltern aufsucht, sobald ihr schwachbegabtes Kind für die Hilfsschule

<sup>1)</sup> Deutsche Zeitschrift für ausländisches Unterrichtswesen. 1896.

<sup>2)</sup> l. c.

<sup>3)</sup> Reinke, l. c.

mmt ist, und dieselben aufklärt.“ Auch in der officiellen Uebersetzung<sup>1)</sup> heisst es: „nach den guten Erfolgen der Hilfsschulen ist besonders erfreulich, dass die frühere Abneigung der Eltern gegen die Abberufung ihrer schwach begabten Kinder zu weichen beginnt.“ Wir finden hier in diesem officiellen Berichte ebenso wie bei manchen der übrigen Autoren die Bezeichnung Schwachbegabte, wo es eigentlich nach der Definition Schwachsinnige heissen sollte; denn die Schwachbegabten, wie wir sie auffassen, gehören nicht in die Hilfsschule. Der Lehrer darf nicht so weit gehen, seine Klasse von allen langsamen Kindern etwa befreien zu wollen; mit den Schwachbegabten hat die Volksschule unbedingt zu rechnen, ihnen kann sie nicht die Thüre verschliessen. Die Ziele der allgemeinen Volksschule sind nichts Absolutes und Oberes, sondern haften an dem Material, das ihnen nahegebracht werden kann, und dieses Material und seine körperliche und geistige Beschaffenheit hat die Schule nöthigenfalls zu moderiren. Darum sind die Hilfsschulen mit gekürzten Lehrzielen durchaus verwerflich (eben für diese schwachbegabten natürlich); rechtfertigen lässt sich nur eine Nachhilfezeit zurückgebliebener, körperlich krank gewesener, durch besondere Verhältnisse in Schule und Haus nachtheilig beeinflusster, aber sonst normaler Kinder; doch bezieht sich die Nachhilfe nur auf kurze Zeit und verfolgt nur den Zweck, eine Einordnung in eine höhere Klasse zu ermöglichen. Wollten die Behörden, nachdem die Volksschule von den Schwachsinnigen befreit ist, sich dieser „Nachhilfe auf kurze Zeit“ für sich annehmen, so dürfte der Gedanke an eine Hilfsschule mit gekürzten Lehrzielen überhaupt erledigt sein, auch für den, der weniger entschieden über eine Degradirung innerhalb der allgemeinen Volksschule denkt<sup>2)</sup>. Hierin ist Alles gesagt, was für die Schwachbegabten nun ist.

Wenn wir uns hier mit der Fürsorge für die geistig Defecten in der Schule eingehender beschäftigen, so geschah dieses, weil gerade

die Frage bisher sowohl den Aerzten als auch dem grossen Publicum fremd ist, und es nothwendig erschien, auch in weiteren Kreisen ihr Interesse und Verständniss zu erregen. Aber mit der besonderen Aufmerksamkeit, die solchen Kindern gespendet werden soll, wird doch durchaus nicht Alles geschehen, was an Krankenpflege die Schule zu bieten hat und bieten muss. Dr. Litteljohn<sup>3)</sup> fand unter 100 Schulkindern 3274 Krankheitsfälle vor, also ca. 24 pCt.; bei Untersuchung von 11 959 Schulkindern im Medicinalbezirke Magdeburg (Sachsen)<sup>4)</sup> fanden sich 479 kurzsichtige Kinder, 281 schwervere, 184 krummsitzende oder mit hoher Schulter behaftete, 299 den

<sup>1)</sup> Centralblatt f. d. g. Unt. Pr. 1896.

<sup>2)</sup> Fuchs, l. c.

<sup>3)</sup> Practitioner, Juli 1897.

<sup>4)</sup> 27. Jahresbericht des Landesmedicinalcollegiums über das Medicinalwesen im Reich Sachsen auf das Jahr 1895.

Mund immer offen haltende oder durch die Nase sprechende, 455 bla arme oder sehr leicht die Farbe wechselnde, 695 scrophulöse, 123 n den Schultern und Armen zuckende oder Gesichter schneidende, 40 auffällig beschränkte, 211 zitternde, ängstliche, weinerliche, 101 n Kropf. Welch' eine Fülle von Anregung bietet eine solche Zusammenstellung einem einsichtigen Lehrer, dem ein sorgfältiger Arzt zur Seite steht! Die Berücksichtigung der Schwerhörigen wird zunächst allgemein verlangt; ein preussischer Medicinalerlass<sup>1)</sup> gebietet, dass „der Schu nur zur Pflicht zu machen ist, dass sie bei denjenigen schwerhörig Schülern, welche ihr Uebel noch nicht zur Theilnahme am Unterr unfähig macht, durch besondere Berücksichtigung und Aufmerksamkeit die nachtheiligen Folgen des Leidens für die geistige Entwicklung d Schüler möglichst zu ermässigen suche, und dass sie, wo beginnend Schwerhörigkeit den Eltern nicht bekannt zu sein scheint, dieselben s fort in Kenntniss setze und ihnen die Einholung ärztlichen Rathes a heim gebe.“ Auch in den Instructionen<sup>2)</sup> der seit 1896 bestehend Wiesbadener Schulärzte heisst es: „10. Bemerkungen und Vorschläge f die Behandlung in der Schule: Hierbei soll angegeben werden, ob u inwiefern das Kind besonderer Berücksichtigung beim Unterrichte t darf, z. B. Anweisung besonderer Sitzplätze wegen Kurzsichtigkeit, B achtung der Aussprache, Befreiung von einzelnen Unterrichtsstunde Turnen u. s. w.“ Wir sehen hier schon eine etwas weiter gehende A fassung von der Pflege kranker Schulkinder; sehr wichtig ist es beso ders, die Achtsamkeit des Lehrers auf die Aussprache der Kinder lenken, da es so sehr wohl möglich ist, durch richtige Sprachpfe manches schwere Uebel im Keime zu unterdrücken; ausgesproche Sprachübel dagegen müssen in besonderen Cursen beseitigt werde Durch dauernde Beobachtung und Anleitung während der Schulstun nicht etwa nur während des Turnens kann ferner der Lehrer sehr v zur Besserung von Rückenverkrümmungen und fehlerhafter Haltung l den Kindern beitragen. Wichtig ist ferner, dass der Lehrer dur richtiges Erkennen der Initialerscheinungen ein Kind frühzeitig als kra erkennt und dementsprechende Anordnungen treffen kann. Von ein directen Behandlung der Kinder ist dabei nicht die Rede; in dem v tirten Aufsatz<sup>3)</sup> spricht Cuntz von Sprechstunden, die alle 14 Tage jeder Schule abgehalten werden sollen, betont aber „in erster Lin dass die ärztliche Behandlung kranker Schulkinder dem Schularzte n zusteht; erforderlichen Falles werden die Eltern durch gedruckte Form lare auf die Nothwendigkeit ärztlicher Behandlung aufmerksam gemach Auch Netolitzki<sup>4)</sup> sagt: „es wäre ganz verfehlt, die ärztliche Beha

1) Preussischer Medicinalerlass vom 12. Nov. 1885.

2) Errichtung von Schularztstellen und die Thätigkeit der Schulärzte der St Wiesbaden. Dr. med. Cuntz. Aerztl. Centralblatt. 1897. No. 356.

3) l. c.

4) Leo Burgerstein und Aug. Netolitzki. Handbuch der Schulhygiene Bd. III. I aus Th. Weyl's Handbuch der Hygiene.

der Schuljugend in Krankheitsfällen als Hauptaufgabe des Schuls hinzustellen. Der Schularzt muss vielmehr, wenn er seiner Stellung nicht den Boden entziehen und nicht mit verschiedenen Factoren in Conflict gerathen will, das Ziel seiner Thätigkeit in erster Linie auf praeventive Gesundheitspflege verlegen. Nicht kranke Schulkinder behandeln, sondern die gesunden Schüler vor Krankheiten und Schädigungen an Körper und Geist durch Fernhalten von Schädlichkeiten zu schützen, soll seine Aufgabe sein.“ Wir können diese Auffassung als unsere Verhältnisse passend anerkennen, müssen aber doch darauf bestehen, dass man an einzelnen Orten sich durchaus nicht gescheut in der Schule selbst kranken Kindern, die durch die Krankheit am Schulbesuche gehindert sind, eine zweckentsprechende Behandlung angedeihen zu lassen. In Antwerpen ist eine solche, *médication préventive* genannt, bereits seit den achtziger Jahren in allen städtischen Schulen eingeführt. Dr. med. Desguin<sup>1)</sup>, conseiller communal, *Ministre de l'Instruction publique de la ville d'Anvers*, berichtet bereits darüber: Der praeventiven Medicin sind jene Schulkinder unterworfen, welche, ohne eigentlich krank zu sein, d. h. ohne verhindert zu werden an dem Unterricht Theil zu nehmen, sich in einem Gesundheitszustande befinden, der gewisse Fürsorge erfordert, so die anämischen, constitutionell schwachen, die rachitischen, diejenigen, welche Lymphknoten aufweisen, welche gewisse Augen- und Ohrenleiden haben. Keiner mit einer ansteckenden Krankheit darf einer Behandlung in der Schule unterworfen werden, sondern wird sofort in die Familie zurückgeschickt. Die in genannter Weise Leidenden — so führt Desguin aus — werden häufig durch Unwohlsein, dem sie öfter als Kinder mit guter Gesundheit ausgesetzt sind, gezwungen, einen oder mehrere Tage zu Hause zu bleiben, ein Umstand, der sie in ihrer Fortbildung wesentlich behindert und eine Störung in der Fortführung des Unterrichts im Gefolge hat.

Die praeventive Medicin hat den Zweck, dies zu verhindern oder wenigstens die Zahl dieser Absenzen zu verringern bei gleichzeitiger Verhütung des Gesundheitszustandes der Kinder; sie wird ferner in allen Schulen die Entwicklung constitutioneller Krankheiten, zu welchen jene Kinder hinneigen, hintanhalten. Als einen besonders mächtigen Factor der praeventiven Medicin bezeichnet Desguin die Gymnastik, die auch in den dortigen Schulen in zweckentsprechender Weise geübt wird. In jeder Schule besteht ein Register, in welchem neben dem Namen, dem Alter und Wohnort der Schulkinder, das Datum des Eintritts in die Schule, die besonderen Ursachen der praeventiven Behandlung, die Daten des Beginnes und des Aufhörens derselben und die erhaltenen Resultate eingetragen sind; letztere müssen mindestens alle 3 Monate eingetragen werden. Während der ersten 14 Tage jedes Vierteljahres lassen die Schulärzte der Administration einen eingehenden Bericht über die

<sup>1)</sup> Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege 1888. S. 287 ff. Die ärztliche Inspection der Schulen, ihre Organisation, ihre Resultate.



praeventive Medicin in den Schulen zukommen. Die bei der Behandlung angewandten Mittel sind hauptsächlich blut- und knochenbildende Medicamente: Leberthran, Jodeisensyrup, phosphorsaure Kalksalze. Bland-sche und Vallet'sche Pillen, das Pollische Nahrungsmittel; ausserdem werden einige local angewandte Mittel benutzt; in den letzten Jahren wurde besonders auch Granulose in der Schule behandelt. Die Medicamente, welche von den Schulärzten verordnet sind, werden umsonst geliefert und unter Leitung des Arztes von den Lehrern und Lehrerinnen verabreicht. Die entsprechenden Paragraphen des Reglements für die Schulärzte lauten: VIII. Les enfants reconnus porteurs de prédispositions à certaines maladies, sont soumis de ce chef, dans le local même de l'école, à un traitement préventif. Les médicaments, que nécessite ce traitement, sont prescrits par le médecin-inspecteur et délivrés par la pharmacie du Bureau de Bienfaisance, qui en supporte les frais: Les médicaments sont remis au chef d'école et administrés par les institutrices et instituteurs, selon les indications du médecin de manière à n'apporter aucun trouble dans les classes. IX. Le médecin-inspecteur tient dans chaque école un registre des élèves soumis à ce traitement préventif; il y indique, outre l'âge et la demeure des enfants, la nature de la prédisposition ou de l'affection, qu'il a reconnue, le traitement qu'il a institué et les résultats qu'il a constatés. Dans la première quinzaine de chaque trimestre, il fait parvenir au Collège échevinal un rapport détaillé sur la médecine préventive organisée dans les écoles.

Die erwarteten Folgen dieser eingreifenden Krankenpflege sind nicht ausgeblieben. Hautkrankheiten, Ekzeme, Kopfgrind, die früher sehr häufig waren, wurden äusserst selten, ebenso Scoliosen und Myopie — diese wesentlich durch die Aufmerksamkeit der Lehrer auf gute Haltung. Die Zahl der Fehlenden wurde eine geringere.

In ähnlicher Weise ging Brüssel vor, wo die präventive Behandlung bereits seit 1875 in Anwendung ist. Im Schuljahre 1886/87 wurden dort 2045 Schulkinder in dieser Weise behandelt; von diesen wurden 223 als geheilt bezeichnet i. e. 10 pCt., gebessert wurden 1571 = 76,8 pCt., kein Resultat wurde erzielt bei 43 = 2,1 pCt., unbekannt blieb das Resultat bei 208 Kindern also 10,2 pCt. Obwohl zeitweilig bis 10 pCt. aller Schulkinder in den öffentlichen Schulen der präventiven Medication innerhalb der Schulzeit unterworfen wurden, kamen Klagen über dadurch entstehende Belastung oder entstandene Störung des Unterrichts von Seiten der Lehrer nicht vor. Das Reglement schreibt vor, dass die z. Z. bestehenden 8 Schulärzte die Verabreichung der Medicamente anordnen und der Austheilung derselben in der Schule wenigstens einmal im Monat selbst beiwohnen müssen. Die Vertheilung geschieht durch die Lehrer und Lehrerinnen täglich morgens zwischen 9 $\frac{1}{2}$  und 9 $\frac{3}{4}$  Uhr. Die Lehrer haben den Schulärzten stets sofort von neuen Erkrankungen zu berichten. Die Schulärzte haben genaue Journale zu führen und regelmässige Berichte zu erstatten. Neuerdings soll nach

in directen Berichte der Stadtverwaltung die *médication préventive* im wesentlichen auf Verabreichung von Leberthran und des Pollin-Mittels beschränken. Neben dieser Behandlung aber besteht in Brüsseler Schulen auch bereits seit 1877 eine regelmässige zahnliche Behandlung; so wurden 1886/87 1178 Kinder behandelt: 189 Knochenhautentzündungen, 393 an Kiefersperre und überzähligen, 443 an Zahnschmerzen.

Auch in Lausanne werden seit den achtziger Jahren erkrankte über officiell behandelt; 1888 fanden sich 274 Schulkinder im Stadte zur Consultation ein.

Ähnlich wie diese preventive Behandlung wirkt die „Schulspeisung“, in London zuerst in grösserem Maassstabe durchgeführt, auch bei jetzt vielfach bereits üblich ist. Sie soll hauptsächlich schwächen, kränklichen Kindern zu Gute kommen, die nüchtern von Hause Schule kommen, oder die auf dem Lande einen weiten Weg zur Schule zurückzulegen haben. Vielerorts wird berichtet, wie durch diese Schulspeisung die Gesundheit der Kinder eine bessere werde, das Fehlen Schüler seltener und die Aufmerksamkeit der gesättigten Kinder erheblich bessere sei als es früher der Fall war.

Mehr im Anschlusse an die Schule als direct in derselben geschieht allerdings allgemein eine weitgehende Fürsorge für kranke Schulkinder durch die Ferienkolonien, die meist aus privaten Mitteln geschaffen sind. In der Schule werden die Kinder bezeichnet, welche einer solchen Colonie zugewiesen werden sollen, und auf Rath eines Arztes werden diese dann je nach Bedarf an die See, aufs Land oder in ein Sool für einige Wochen gesandt. Die Resultate dieser Ferienkolonien, sowohl in Deutschland als auch in Frankreich und England eine verbreitete Thätigkeit entwickeln, sind meist recht gute. Die Kinder, Zeit lang der engen, ärmlichen Elternwohnung entführt, gedeihen in frischen Luft bei guter Verpflegung meist trefflich. Die Gewichts-Maasstabellen allerdings, die zum Beweise dessen veröffentlicht sind, fordern zuweilen zur Kritik heraus, da während der Sommerferien fern von der Schule auch zu Hause oft genug eine Zunahme um 10 Pfund leicht zu erzielen ist.

Hierher gehören auch die Bestrebungen eines Londoner Vereins zur Pflege erkrankter Schulkinder. Krankenbesucher werden zu den von der Schule als erkrankt gemeldeten Kinder gesandt, welche die Mutter oder sonstige Angehörige bei der Ernährung und Pflege der erkrankten Kinder unterstützen, und ihnen manche Schwierigkeiten, welche Krankenkinder besonders in Arbeiterhäusern leicht erzeugt, beseitigen helfen. Während der Reconvalescentz wird für Luftwechsel gesorgt: etwaige chirurgische Apparate, Bandagen, welche der Arzt verordnet, werden beigesteuert.

Wenden wir uns nun wieder der Krankenpflege innerhalb der Schule selbst zu, so müssen wir - wenn wir auch von der oben geschilderten weitgehenden Fürsorge als für unsere Verhältnisse nicht

passend absehen — für alle Schulen wenigstens eine genügende Versorgung bei etwaigen Unfällen während der Unterrichtszeit verlangen.

Der Verein der ärztlichen Schulinspektoren von Paris beantragte 1891, dass in allen dortigen Communal-schulen Medicinkästen aufgestellt werden sollten, und den Lehrern dabei eine Anleitung zur Benutzung der darin enthaltenen Apparate und Medicamente gegeben werde. Diese Kästen<sup>1)</sup> wurden auch überall aufgestellt: sie enthalten: 1. eine Fläschchen Pfeffermünztropfen, 2. ein Fläschchen Campherspiritus, 3. ein Fläschchen Schwefeläther, 4. ein Fläschchen Eisenchloridlösung, 5. ein Packet mit Schwämmen, 6. eine Lösung von Carbolsäure in Glycerin (1:20), 7. 1 kg entfettete Carbolwatte, 8. 1 kg gewöhnliche Watte, 9. eine Rolle Taffet, 10. eine Rolle Heftpflaster, 11. 3 Leinwandbinden von 5, 6, 7 Meter Länge, 12. 6 Binden von Tarlatan, 13. 12 Compressen, 14. 2 Servietten, 15. 1 Pincette, 16. 2 Blätter von starker Pappe, um daraus Schienen bei Knochenbrüchen zu schneiden. Jedem Verbandkasten ist eine von Dr. Mangenot verfasste und für den Lehrer bestimmte Anweisung beigegeben, welche in kurzem die in der Schule am häufigsten vorkommenden Krankheits- und Unglücksfälle charakterisirt und die bei dem einzelnen Vorkommniß zu ergreifenden Massnahmen beschreibt:

Präfectur der Seine  
Verwaltung des Elementarunterrichts  
Centralbureau.

Anweisung zum Gebrauche der Verbandkästen, welche in den Elementarschulen und Kindergärten der Stadt Paris aufgestellt sind.

Die erste Hilfeleistung bei Kindern.

Die Verbandkästen haben den Zweck, die Mittel zu liefern, um einem kranken oder verletzten Kinde die erste Hilfe zu gewähren. Dasselbe soll in die bestmögliche Lage versetzt werden, um so die Ankunft des Arztes zu erwarten. Die Lehrer und Lehrerinnen müssen sich von dem immer schweren Vorwurf frei machen, dass sie den Transport des Zöglings zu seinen Eltern verzögert haben; es muss denselben daher die Möglichkeit gegeben werden, das Kind in solchen Zustand zu setzen, dass es zu seiner Familie gebracht werden kann. Sie werden sich beeilen, im Voraus die Eltern und bei schweren Fällen auch den ärztlichen Schulinspektor zu benachrichtigen.

Leiden der Verdauungsorgane.

Ihre Anzeichen sind allgemeines Unbehagen und Blässe des Gesichtes, die zuweilen von Ueblichkeit und selbst von Erbrechen und Diarrhoe begleitet sind. Die ersten Anfänge des Unbehagens werden

<sup>1)</sup> Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege 1892. S. 416 ff. Samariterhilfe und Versten in Schulen und Turnhallen von Janke.

on oftmals verschwinden, wenn man das Kind in freie Luft bringt  
 | im entgegengesetzten Falle giebt man ihm eine Tasse warmen  
 ssers, dem ein Kaffelöffel Pfeffermünztropfen zugefügt ist und lässt  
 diese Mischung in kleinen Zügen trinken.

#### Nervenleiden.

Sie sind gekennzeichnet durch Wechseln der Gesichtsfarbe, Herz-  
 pfen und unregelmässige, mehr oder minder heftige Bewegungen und  
 mpfe, auf welche ein vollständiger Verfall folgt. Dieser unterscheidet  
 | aber von der Ohnmacht durch die Regelmässigkeit der Athmung  
 der Blutcirculation. Man entferne das Kind von seinen Kameraden  
 lege es auf ein Bett oder auf den mit einer Decke belegten Boden  
 zwar so, dass der Kopf und der Oberkörper leicht erhöht sind.  
 es was die Athmung hindert, lockere und entferne man, auch werde  
 der Nähe des Kindes Alles, wodurch es sich verletzen könnte, fort-  
 schafft. Dann lasse man es einige Züge Aether, den man auf ein  
 ch gegossen hat, einathmen, auch einige Tropfen davon in einem  
 el Zuckerwasser einnehmen.

#### Brandwunden.

Man lege auf die Brandwunde ein Stück entfetteter Watte, die man  
 carbolisirtes Glycerin eingetaucht hat. Diese Lage wird mit gewöhn-  
 ner Watte bedeckt und das Ganze mit einer Binde von Leinen oder  
 | Tarlatan festgewickelt.

#### Kopfschmerzen.

Man lege eine Comprime auf den Kopf, die mit Wasser, dem  
 ffermünztropfen in Verhältniss von 1:4 zugesetzt sind, getränkt ist.

#### Quetschung.

Der gequetschte Theil wird mit Wasser gewaschen und darauf mit  
 fetteter Watte bedeckt, die in Wasser, dem ein Drittel Kampferspi-  
 s zugefügt ist, eingetaucht wurde. Wo es an Kampferspiritus man-  
 , kann man sich mit gewöhnlichem Wasser begnügen. Ist bei der  
 tschung eine Wunde entstanden, so wird sie wie die oberflächlichen  
 nden behandelt.

#### Verstauchung.

Das Gelenk wird mit entfetteter Watte oder mit einer Komprime  
 eckt, die in Wasser, das mit Kampferspiritus im Verhältniss von  
 vermisch ist, eingetaucht war. Dann umwickele man diese Lage  
 alich fest mit einer Leinwandbinde und besprenge das Ganze mit der-  
 en Flüssigkeit.

### Knochenbrüche.

Einen Knochenbruch erkennt man an der Deformation des Gliedes, welche sich an anderer Stelle als in seinem Gelenk befindet, ferner der Unmöglichkeit, es ohne heftige Schmerzen zu bewegen. Man bringe das gebrochene Glied, nachdem es mit einem zurechtgemachten Wundverband eingewickelt ist, in die natürlich am wenigsten schmerzvolle Lage, umfasse es darauf mit einer aus starker Pappe hergestellten Schale, die wenigstens  $\frac{2}{3}$  seines Umfanges umfaßt. Dieser Verband wird durch breite Pflasterstreifen oder durch Leinwandlappen fest gehalten. Befindet sich der Knochenbruch an den oberen Extremitäten, so legt man das betreffende Glied vermittelst einer Binde in eine feste Lage; ist er einer unteren Extremität, so wird diese auf eine horizontale Ebene gelegt. Darauf transportire man den Patienten mittelst des städtischen Krankenwagens nach Hause.

### Verrenkungen.

Sie sind durch die Unförmlichkeit des verrenkten Gliedes charakterisirt. Man versuche niemals, das Gelenk einzurenken, sondern laß sich genügen, das Glied in die am wenigsten schmerzvolle Lage bringen. Darauf wird der Transport in derselben Weise, wie er bei Knochenbrüchen beschrieben ist, bewirkt.

### Zahnschmerzen.

Ein kleines Pfröpfchen von entfetteter Watte wird mit Pfefferminztropfen getränkt und auf den kranken Zahn gebracht.

### Stichwunden.

Mit der Pincette wird der Fremdkörper Feder, Nadel, Splitter u.s. ausgezogen. Dann wasche man mit 2proc. Carbolwasser und durch Druck begünstige man den Ausfluss des Blutes aus der Wunde, die dann mit Taffet bedeckt wird.

### Wunden.

Sie sind entweder oberflächliche oder tiefe.

1. Oberflächliche Wunden: Diese werden gründlich mit 2proc. Carbolwasser ausgewaschen. Sodann legt man auf dieselben eine Schicht von Watte, die mit carbolisirtem Glycerin getränkt ist; diese Schicht wird mit gewöhnlicher Watte bedeckt und Alles mit einer Binde festgewickelt. Wenn die Wunde nicht erheblich ist, so genügt es, ein Stück Taffet darauf zu legen.

2. Tiefe Wunden: Diese wäscht man ebenso wie die oberflächlichen tüchtig aus. Darauf werden die Ränder der Wunde wieder aneinander gebracht und in dieser Lage durch schmale Pflasterstreifen oder durch Wulste von Watte, die an jeder Seite aufgelegt sind, festgehalten. Der Verband geschieht in derselben Weise wie bei den oberflächlichen.

nden. Wenn die Blutung eine lebhafte ist, so muss vor dem Auflegen des definitiven Verbandes die Wunde mit einem Stück Schwamm, der mit carbolisirtem Glycerin getränkt ist, bedeckt werden. Die tiefen Wunden können durch Blutungen, die in Verletzung einer Schlagader ihre Ursache haben, gefährlich werden. Glücklicher Weise kommt dieser Fall nur selten vor; man wird eine solche Verletzung am stossweisen Ausfluss hellrothen Blutes erkennen. Ohne einen Augenblick zu verweilen, drücke man die Wunde kräftig zu, indem man einen Bausch von Watte auf dieselbe legt und diesen durch eine kräftig zugezogene Binde festigt.

#### Nasenbluten.

Hier ist reichliches Waschen der Nase mit kaltem Wasser oder, wenn dieses nicht hilft, Verstopfen der Nasenlöcher zu empfehlen. Letzteres geschieht mit einem Schwamm, der in Theilehen von der Dicke eines starken Federkieses geschnitten ist. Man tränke diese Stücke mit carbolisirtem Glycerin, tauche sie in Eisenchloridlösung und führe sie in das Nasenloch ein. Zu diesem Zwecke erhebe man die Spitze der Nase so weit, dass die Einführung nicht von unten nach oben, sondern wagnecht geschehen kann. Sodann empfehle man dem Kinde, den Kopf etwas nach vorn geneigt zu halten, um die Gerinnung des Blutes zu begünstigen und um das Ausfliessen desselben in den Mund zu verhindern.

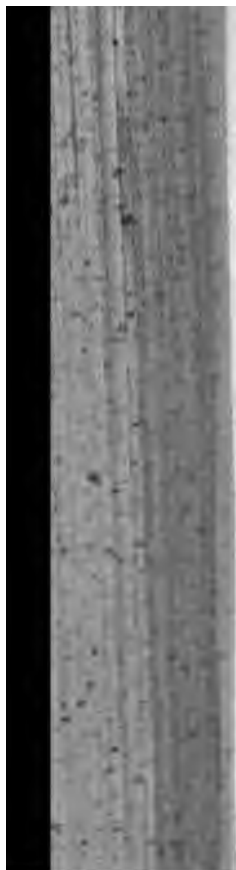
#### Ohnmacht.

Das Kind fällt um, und bleibt ohne Bewegung liegen, sein Gesicht wird blass. Athmung und Blutumlauf scheinen aufgehört zu haben. Man lege dasselbe auf den Boden, so dass der Kopf mit dem Körper in derselben Höhe liegt. Darauf lockere man die Kleider und entferne Alles, was die Athmung behindern kann. Auf das Gesicht wird ein in kaltes Wasser getauchtes Tuch gelegt. Man lasse Essig oder einige Tropfen Aether einathmen und gebe, sobald das möglich wird, Zuckerwasser zu trinken, dem Pfefferminztropfen beigemischt sind.

Auch in Elberfeld<sup>1)</sup> wurden auf Beschluss der städtischen Sanitätscommission 1895 sämtliche Schulen mit einem Verbandkasten versehen, dem einige sterilisirte Verbandsachen und eine kurze Gebrauchsanweisung dazu sich befindet. Veranlassung dazu war ein Fall von Blutvergiftung nach einer kleinen Verletzung, welche der Lehrer mit einem unhygienischen Tafelschwamm ausgewischt hatte, und ein Fall von Erysipel nach einer Verletzung, in dem Mitschüler mit einem unsauberen Tuche die Wunde ausgewaschen hatten. Ein ähnliches „Sanitätskästchen“ mit

Leitung wie in Paris besitzen seit einigen Jahren auch die öffentlichen Schulen von Basel, seit 1895 die in Zürich; in Wien haben einige Schulen seit 1896 einen sogenannten Nothapparat für plötzliche Unfälle in Schulen. Es wäre dringend wünschenswerth, wenn ein solches Kästchen mit zweck-

<sup>1)</sup> Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege 1895. S. 282.



ihrer weiten Ausbreitung und auch ihres chronischer schliessen aller daran erkrankten Kinder von dem machen. Dazu gehört die Granulose. In den meisten lands kommt dieselbe glücklicher Weise so selten vor, wohl die vereinzelt Fälle von der Schule fern halt gebung vor Ansteckung schützen kann; anders aber liehen Provinzen Deutschlands, in vielen Theilen Russ Ländern. Wenn dort ein hoher Procentsatz der Bevölkerung erkrankt ist, würde ein Fernhalten der kranken Kind Schulschluss für lange Zeit bedeuten, ohne aber m der Epidemie herbeizuführen. Man hat daher — e russischen und österreichischen Armee besondere T mit eigenen Kasernen gebildet wurden — auch eig für kranke Schüler vorgeschlagen und gerade in d solche in Ostpreussen geschaffen werden. Eine aug lung liesse sich zweckmässig im Anschluss an solche In Frankreich herrschte einige Zeit an vielen Orten epidemisch eine Haarkrankheit (Alopecie — la pèlaci sich griff. Auch hier begann man, um einer weiteren Krankheit vorzubeugen, besondere Schulen für die e reserviren, so in Paris 1894 eine Krankenhausschule theilungen für Kinder mit Tinea tonsdens und mit Dort, wo die Krankheit nicht so ausgebreitet war, das oder Klassen eingerichtet werden konnten, wurde ein der kranken Kinder von den gesunden erzwungen; z kranken nach dem Vorschlage von Dr. Dubois-Have während des Unterrichts eine gut abschliessende Ko

: Nothwendigkeit befreien, bei einer entstehenden Krankheit schnell zugreifen und das Kind aus der Schule zu weisen. In der Vorrede der kurzgefassten Anleitung<sup>1)</sup>, welche in Brüssel seit 1888 den Schultern und Lehrern in die Hand gegeben wird, heisst es: la transmission des maladies contagieuses étant fréquente dans les écoles, et les médecins inspecteurs ne pouvant pas toujours renvoyer assez tôt chez leurs parents les enfants dont la présence est un danger pour leurs condisciples, il est indispensable de mettre les directeurs et les instituteurs à même de reconnaître à leur début l'existence de ces affections. In dieser ersten Anleitung werden kurz die Haupterscheinungen, zumal die Anfangssymptome der wesentlichsten Kinderkrankheiten, besprochen: Infektionskrankheiten, Granulose, Epilepsie, Chorea, Convulsionen, Scabies, Varicella, Herpes tonsurans, Pêlade. In Antwerpen wird den Schulärzten die Pflicht gemacht, die Lehrer in diesen Dingen zu unterrichten; § 7 des Reglements lautet: les membres du personnel enseignant sont mis à même de reconnaître rapidement les maladies transmissibles, d'abord par la distribution qui leur est faite d'une brochure indiquant les premiers symptômes de ces maladies, ensuite par des conférences que leur donne le médecin-inspecteur.

In Oesterreich wird durch einen Erlass des Ministers für Kultus und Unterricht die Gesundheitspflege an Lehrer- und Lehrerinnen-Bildungsanstalten zu einem besonderen Lehrgegenstande gemacht; die Berufskrankheiten, Schulkrankheiten, Infektionskrankheiten sollen besprochen werden, dabei soll auch betreffs Behandlung der Schulkrankheiten das dem Lehrer Wichtige gelehrt werden; weiter soll Unterricht erteilt werden in der ersten Hilfe bei plötzlichen Unglücksfällen.

Bei uns in Deutschland kennen wir Aehnliches nicht, wenn auch allerdings an einzelnen Orten, in denen Schulärzte angestellt sind, von demselben Gleichen wohl erstrebt wird. Die Ausbildung der Lehrer muss unbedingt allgemein auch auf die Hygiene der Schule — was bisher nicht der Fall ist — und auf einige nothwendige medicinische Kenntnisse ausgedehnt werden, wie wir solches auch bereits an anderer Stelle<sup>2)</sup> ausführten. Daneben müssten Samariterkurse, wie sie heutzutage ja allerorten abgehalten werden, besonders für Lehrer mit Berücksichtigung der für die Schule wichtigen plötzlichen Erkrankungen eingerichtet werden; keine Schule sollte ohne mehrere derartig ausgebildete Lehrer sein; für alle Turnlehrer sollte eine solche Ausbildung obligatorisch sein.

<sup>1)</sup> Hygiène scolaire. Instructions sommaires sur les premiers symptômes des maladies transmissibles formulées à l'usage du personnel enseignant des écoles communales par le service d'hygiène de la ville Bruxelles 1888.

<sup>2)</sup> W. Feilchenfeld, Der Arzt in der Schule. S. 666. Samml. klin. Vorträge neue Folge. 76. 1893.



Haben wir so gesehen, dass eine gewisse Krankenpflege und Krankenfürsorge bereits in der Schule eine wohl begründete Stätte findet, so werden wir eine solche umso weniger in den Anstalten vermissen dürfen, in denen Schulkinder dauernd internirt sind, wie in Erziehungsanstalten, Kadettenanstalten, Alumnaten, Waisenhäusern, Zwangserziehungsanstalten, Rettungshäusern. In solchen Anstalten soll doch eine grosse Anzahl von Kindern dauernd oder einen grossen Theil ihrer Jugend hindurch einen vollen Ersatz für das Elternhaus finden, und es muss ihnen daher auch bei einer Erkrankung das geboten werden, was eine sorgfältige Pflege in der Familie zu bieten vermag. Die Bestrebungen, kranken Kindern in Internaten eine entsprechende Fürsorge zuzuwenden, sind schon recht alt. In den Ordnungen des alten Pädagogium zu Gandersheim<sup>1)</sup> heisst es: *Aegrotantibus pueris communi consilio mature subveniant et apud oeconomum efficiant, ut in nosocomion recepti diligenter ac fideliter curentur, et victus, ligna, medicamenta aliaeque res necessariae ipsis subministrentur ac lintheamina eorum et vestes corporis interioris a sordibus ac sudore munde eluantur.* Dass aber doch im Mittelalter in den sehr vielfach bestehenden Alumnaten eine zweckmässige Krankenpflege allgemein durchgeführt war, müssen wir bezweifeln, wenn wir von Burchardt<sup>2)</sup> hören, dass in der Schule des Franziskaner Klosters zu Magdeburg im Jahre 1565 von 500 Schülern der Prima und Secunda durch die Pest alle bis auf 18 hingerafft wurden, dabei aber „minderte diese traurige Katastrophe den ausgebreiteten Ruf der Anstalt so wenig, dass ihre Frequenz bald wieder bedeutend stieg unter dem gelehrten und berühmten Rollenhagen (1575).“ Uebrigens weiss Burchardt, obwohl er eingehend über eine grosse Anzahl von Erziehungsanstalten und Waisenhäusern aus alter Zeit berichtet, nichts von der Versorgung erkrankter Kinder und dem Bestreben, Krankheiten zu verhüten, zu erzählen. Mehr Verständniss hatte man späterhin für diese Aufgabe. In der ältesten Hausordnung<sup>3)</sup> des grossen Friedrich-Hospitals und Waisenhauses zu Berlin von 1702 heisst es: bei den Kranken ist ein Medicus und Chirurgus bestellt; und in der Krankenordnung werden diese verpflichtet erachtet, täglich das Haus zu besuchen. „1. Der Chirurg muss die vorkommenden chirurgischen Kuren selbst besorgen und den zu haltenden Gesellen von Zeit zu Zeit instruiren, wie er die Kranken tractiren solle, auch zu dem Ende die Patienten, so oft es nöthig, selbst besuchen und den Verband anordnen. Damit nun alles desto besser in Acht genommen werden könne, so muss

<sup>1)</sup> Mon. Germaniae Paedagogica. R. Kehrbach. Bd. II. Braunschweig Schulverordnungen von den ältesten Zeiten bis zum Jahre 1282. Von Ferd. Koldewey. 1890.

<sup>2)</sup> Burchardt, Beiträge zu einer vergleichenden Darstellung der Lehr- und Erziehungsanstalten in der Provinz Sachsen. 1838.

<sup>3)</sup> Geschichte des grossen Friedrich-Hospitals und Waisenhauses zu Berlin. Weitzing. Berlin 1852.

allemal 2. einen tüchtigen Gesellen im Waisenhause halten, welcher elbst schlafe und die Patienten insgesamt, sie mögen innerliche oder serliche Schäden haben, täglich 2- oder 3mal besuche, ihren Zustand erwäge und 3. von aller Patienten Zustand alle Morgen, auch nach schaffheit der Umstände des Abends, sowohl dem Arzte als dem rurgan Rapport abstatte und von diesem, wie er sich weiter zu ver- ten habe, Befehl einhole.“ Das Tagebuch aus den Jahren 1727 und enthält eine genaue Angabe der Zahl sämtlicher Kranken im Hause l zwar Tag für Tag; aber daraus lässt sich kein ganz sicheres Bild Gesundheitszustandes im Hause gewinnen, da auch von aussen kranke der „ins Haus recipirt“ wurden; durch diesen Umstand wurde der ehin selten günstige Gesundheitszustand der Kinder umso mehr ge- rdet. Die tägliche Krankenziffer schwankt im Jahre 1727 bei einem tande von 500–600 Insassen von 60–134, und es starben in jenem re 49, im Jahre 1728 sogar 102, ohne dass eine besondere Epidemie Zeit herrschte. Da die Kinder meist zu zweit in einem Bette schliefen, die Krätze dauernd heimisch unter ihnen und konnte erst spät völlig gerottet werden. Sehr gut kann es demnach um die Krankenfür- ze in jener Zeit trotz der Bestallung von Aerzten in den Waisen- sern nicht ausgesehen haben. Aehnlich wie hier lautet auch ein Be- it über ein Churfürstlich [sächsisches Erziehungshaus<sup>1)</sup>]; dort war 0 der „Vestungs-medicus“ Dr. Stapel mit einem monatlichen Trac- ent von 10 Thalern angestellt, und ihm untergeordnet der „mit einer atlichen Pension von 5 Thalern verabschiedete Regiments Feldscher itemann, der blos freyes Quartier“ erhielt. 1746 wurde ein italia- her Medico-chirurgus angestellt, der im Hause wohnte. Trotz dieser tlichen Controle wüthete unter den Zöglingen ausser Blattern und sern Scorbut und fast alle Hautkrankheiten, besonders aber die Krätze h hier schliefen je 2 Kinder in einem Bette). „Diese Seuche (Krätze) m immer mehr überhand, lähmte die Glieder der damit behafteten der, bewirkte Blödigkeit der Augen, Auszehrung und Verkrüppelung, viele wurden dadurch, dass das Uebel zurücktrat, eine frühe Beute Todes. Vergeblich bemühten sich die Aerzte, jener Pest Einhalt zu n, vergeblich wurden die damit Angesteckten öfters gebadet und von n Kameraden abgesondert, vergeblich benutzte man die Vorschläge erer Menschenfreunde, immer fanden sich wieder zahlreiche Kinder, damit behaftet waren. Allein das konnte nicht anders werden, so re die Hauptquelle jenes Uebels nicht verstopft wurde. Dahin ge- te der erneute Gebrauch der nämlichen, oft gar nicht gehörig gerei- en Kleidungsstücke und Betten, der bey der engen Verbindung nicht z zu verhütende Umgang der gesunden und kranken Kinder unter nder -- so sorgfältig man anfänglich auch darüber wachte —, der en, welchen viele Ankömmlinge mitbrachten und vornehmlich der

<sup>1)</sup> Weise, Geschichte des Churfürstlich-sächsischen Erziehungsinstituts für altenkinder. Wittenberg 1803.

Umstand, dass immer zwey und zwey in einem Bette liegen musste. Von ca. 450 Zöglingen starben 1742: 58, 1743: 33, 1744: 22. 1782, meist in Folge von Masern und „Faulfieber“. 1746 wurden besondere Einrichtungen getroffen für die Verpflegung und Heilung der Kranken, die Kinder wurden dabei — nach der Religion getrennt! — 8 Krankenstuben untergebracht, die allerdings meist nicht ausreichend mehrere Wärterinnen wurden angestellt, die in kleinen Kammern neben den Krankenzimmern wohnten; eigene Kleidung, Betten und Wäsche wurde für die Krankenstation besorgt und besondere Beköstigung nach Vorschrift des Arztes. In der sogenannten neunten Krankenstube eingerichtet ein Informator die mit Ausschlag Behafteten und hielt dort mit den Kranken Betstunden. Der Arzt hatte die Pflicht, die krank Kinder 2 mal täglich zu besuchen, wenn nöthig auch Nachts. 1780 wurde für die Anstalt (damals in Annaburg) ein abgesondert gelegenes Krankenhaus mit völlig neuer Ausstattung erbaut. Arzt und Feldscher hatten in demselben Wohnung, ein Badezimmer war vorhanden und 10 Krankenstuben, je 10 Ellen lang und 9 Ellen breit; aber die Zimmer waren feucht und neben dem Hause verpestete ein Graben, der stagnirendes Wasser enthielt, die Luft. Im Monate Junius 1762 ermannte sich der neu ernannte Anstaltsarzt zu einer energischen Massregel, indem er allen Insassen für mehrere Wochen ein „Lager“ bezog, und in dieser Zeit das Haus mit allem Inventar gründlich reinigen liess: das Krankenhaus liess er ganz neu weissen, Ventilatoren und Schieber in den Zimmern anbringen, das Leichenbehältniss aus dem Hause entfernen, im ganzen Hause für Einzelbetten sorgen, welches letzteres aber erst 1792 durchgeführt war. So wurde eine Besserung der schlimmen Verhältnisse herbeigeführt. Immerhin blieb noch lange die Sterbekranken-ziffer eine ziemlich hohe: 1772—81 starben von 3928 Zöglingen 91, 1782—91 von 4676: 56, 1792—1801 von 5269: 73. Der tägliche Krankenbestand schwankte 1782—91 von 55—210, 1792—1801 58—223. Der damalige Arzt fügt dem Berichte hinzu: „Eine nicht geringe Zahl der Verstorbenen würde wahrscheinlich noch leben, wenn sie sich in der Zeit auf dem Krankenhause gemeldet hätten. So habe ich selbst in den wenigen Jahren meines Hierseins drey sonst gute Kinder sterben sehen, weil sie ihre Krankheit oder Beschädigung, so lange ihnen nur möglich war, verheimlicht hatten.“

Besondere Aerzte und geordnete Krankenpflege wurde auch an dem Orte zu jener Zeit bereits in Waisenhäusern verlangt. In der Ordnung der Realschule im Waisenhaus zu Braunschweig von 1754 heisst § 46. Für die Kranken ist nicht nur eine besondere Krankenstube gelegt, sondern auch eine besondere Wärterin angenommen, die ihrer am besten pflegt. Das Waisenhaus hat auch seinen besonderen Medicus und chirurgum, die sich der Kranken möglichst annehmen. Ihre m

<sup>1</sup> Mon. German. paedagog. Bd. I. Schulordnungen der Stadt Braunschweig. Koldewey. 1886.

r muss so wie die verbrauchte arznei besonders bezahlt werden.  
 7. Für die gesundheit der anvertrauten wird überhaupt möglichst  
 orgt und dahin gesehen, dass es ihnen an der noethigen recreation  
 leibesbewegung nicht fehle. Man wird auch noch mehr dafür sorgen,  
 da es im winter nicht immer möglich ist, spatzieren zu gehen, dies  
 chs dreheln und andere arten der bewegung zu ersetzen suchen.“

Doch nicht überall wurde damals und auch später eine solche Sorg-  
 für die kranken Zöglinge von Waisenhäusern für nöthig gehalten.  
 Hamburger Waisenhaus herrschte über Krankenpflege eine merk-  
 dige Anschauung<sup>1)</sup>: „So oft den Kindern jeniger Mangel oder Affec-  
 des Leibes begegnet, ob dasselbe äusserlich ist, also dass ihnen die  
 se oder Hände ausgefroren oder sie gefallen oder sich eine Beule  
 r wund gestossen haben, soll man ihnen binnen Hauses helfen und  
 h ihrer Nothdurft ein Pflaster oder Verband zurichten lassen, und  
 selbige neben anderen Requisiten in einem besonderen dazu verord-  
 en Schrank verwahren, daher der Paedagogus, welcher des Gebrauchs  
 ffig sein soll, nehmen kann, was zu dem Schaden zu appliciren noethig.  
 soll auch in selbigem Schrank ein Buch zur Hand liegen, worinn ver-  
 hnet ist, wie man das eine oder andere gebrauchen soll, gleicher-  
 talt soll die Meisterin erkennen lernen, ob die Kinder Würmer haben  
 dieweil diese Kur durch Zedewes-Saert leichtlich fortgeht und der  
 gel weggenommen werden kann, soll sie dazu bestellt sein, dass sie

Ihre hierin verrichte und gebe den Kindern ein nach solcher Quan-  
 t auch nach Art und Weise, wie die Doctores das ordnen. Sobald  
 Kinder sonst von inwendig krank befunden werden, soll man die-  
 sigen aus dem Winde halten und lasse sie in der Kranken Kammer,  
 der Wärme bleiben und melde es den Jahrverwaltern an. Dieselbigen  
 en das kranke Kind ein oder mehr besichtigen und wenn sie die  
 thdurft zu sein befinden, so sollen die Jahrverwalter den jüngsten  
 licinae Doctorem ersuchen und von ihm begehren lassen, dass er um  
 tes und christlicher Liebe willen die Krankheit erkundige und Re-  
 te dagegen ordinire. Sie sollen nach Anordnung des Doctoris ge-  
 iset und gehalten werden; des Tages soll jemand der ältesten der  
 der bey dem Kranken sein, des Nachts die eine Magd um die andere;  
 t die Krankheit lange an, so muss man eine eigne Person dazu an-  
 llen“.

Bessere Verhältnisse finden wir in den gut dotirten Fürstenschulen  
 l besonders in den trefflich eingerichteten Franke'schen Stiftungen  
 Halle<sup>2)</sup>. Hier wurde bereits 1721 im Garten ein massives, 2 Stock-  
 rk hohes, 48 Fuss langes, 33½ Fuss breites Krankenhaus errichtet.  
 s Erdgeschoss wurde, um Feuchtigkeit in den Zimmern zu vermeiden,

<sup>1)</sup> Das Hamburger Waisenhaus 1821. M. Günther Kühn.

<sup>2)</sup> a) Beschreibung des Halleschen Waisenhauses und der übrigen damit ver-  
 denen Franke'schen Stiftungen. 1799 Halle.

b) Die Stiftung August Hermann Franke's in Halle 1863.

sehr hoch über dem Boden angelegt und tief unterkellert. Eine Wohlfahrt für den Arzt war im Hause, für den Hilfsarzt und den Kranken: 4 Krankenzimmer und 2 Dachkammern, von denen eine die „Tollkammer“ war. 1820 wurde ein Anbau ausgeführt mit einer abgesonderten Wohnung für erkrankte Lehrer und einem Badezimmer. Auch in besseren Pädagogischen Erziehungsanstalten trug man schon früh für eine zweckmässige Krankenpflege an einzelnen Orten Sorge; in der Cauer'schen<sup>1)</sup> Anstalt in Charlottenburg war für Krankheitsfälle bei einem Bestande von 60 Zöglingen ein Zimmer eingerichtet, das mit dem Locale, welches die Zöglinge wohnten, in keiner unmittelbaren Verbindung stand und der Wohnung der Lehrer nahe lag, welche die besondere Pflege für die Kranken übernommen hatten. „Wenn wir auch nur selten in den Fall kommen von demselben Gebrauch zu machen, so ist es doch zweckmässig: bei leichteren Unpässlichkeiten den Zöglingen einen bequemen Aufenthalt darbieten zu können“. 2 Hausärzte waren für die Anstalt angestellt.

Eine besondere Stellung nahmen von jeher die Kadettenanstalten und auch die meisten Militärwaisenhäuser ein, welche auch in der Krankenpflege eine den militärischen Einrichtungen entsprechende Krankenversorgung aufweisen. Die frühesten Nachrichten entstammen einer Nachricht<sup>2)</sup> über die Magdeburger Kadettenkompagnie vom 5. April 1703. Je 3 oder 4 Kadetten bewohnten in der Citadelle ein Zimmer; lagen zum Theil in feuchten Gewölben; der Aufenthalt in denselben veranlasste Krankheiten; Pocken, Masern und andere Krankheiten herrschten so stark, dass zeitweise nur 45 Mann unter das Gewehr traten; 12 rückwärts mussten besorgt werden, da die Krankgewesenen ihre Haare verloren. Im Berliner Kadettenhause bestand bereits 1717 eine kleine Krankenstube, 1741 wird ein Feldscherer als zum Personal gehörig geführt, 1786 werden bereits 3 Aerzte und 2 Lazarethwärter bei den Kadetten angegeben. In dem grossen Militärwaisenhaus zu Potsdam bestand seit 1827 eine Krankenstube, daneben wurden besondere Krankenzimmer für Augen- und Ausschlagskranke eingerichtet; eine Krankenschwester war zur Pflege dortselbst stationirt; ein Hausarzt hatte die Verwaltung; die Sterblichkeit war eine recht grosse, es starben von 1784 bis 1874 260 Kinder, d. i. jährlich  $5,2 = 0,65$  pCt. der Gesamtzahl. In der Militärakademie zu München<sup>3)</sup> wurde 1790 „ein Medicus bestellt, welcher sich, wenn kein Kranker da war, wöchentlich 2 mal in der Akademie einstellte und nach dem Befinden der Zöglinge zu sehen kam“.

<sup>1)</sup> Bericht über die Cauer'sche Erziehungsanstalt zu Charlottenburg-Berlin von Ludwig Cauer. Berlin 1828.

<sup>2)</sup> Mon. German. paedagogie. Bd. XIII. Geschichte des Militärerziehungs- und Bildungswesens Preussens. Bosse.

<sup>3)</sup> D. Kgl. Potsdamsche Waisenhaus in d. Jahren von 1824 -- 1874. Berlin 1875.

<sup>4)</sup> Mon. German. paedagogie. v. Karl Kehrnbach. Bd. X. Geschichte des Militärerziehungs- und Bildungswesens in den Landen deutscher Zunge. Von C. B. Poten. 1889.

bei er das Aussehen derselben zu Rathe ziehen muss, welches oft  
 risse Fehler und höchst gefährliche Gewohnheiten auch wider Willen  
 damit behafteten entdeckt.“ 1806 wird im bayerischen Kadetten-  
 ps ein Krankenaufseher erwähnt, der auch das Kämmen, Fussbaden,  
 gelschneiden und Zahnputzen zu überwachen hat. 1810 wurde die  
 handlung durch einen Zahnarzt eingeführt. 1840 tritt an Stelle des  
 ankenaufsehers, eines gewöhnlichen Baders, ein militärärztlicher Prak-  
 ant, 1844 ein Unterarzt, welchem gleichzeitig Wohnung in der Nähe  
 Kranken angewiesen wurde; ausserdem besteht immer schon ein  
 linirender Arzt. 1854 wohnten bereits ein Arzt, ein Chirurg und der  
 sistenarzt im Hause. Zur Zeit ist die Krankenpflege in den Kadetten-  
 stalten in derselben Weise wie bei der Armee geregelt; es wird unter-  
 ieden zwischen Revierkranken und Lazarethkranken. Die Friedens-  
 itätsordnung sagt darüber: „§ 36. Für die Hauptkadettenanstalt  
 rtherfelde und die Provinzialkadettenanstalten regelt sich der Dienst  
 ; Oberstabsarztes und der Stabsärzte, sowie der den Anstalten zuge-  
 iltten Assistenzärzte nach den in dieser Beziehung bestehenden beson-  
 ren Bestimmungen (eine Heranziehung der genannten Sanitätsofficiere  
 anderem Dienste darf nur nach vorheriger Einverständniserklärung  
 ; Kommandos der betreffenden Anstalt erfolgen). § 40. Beim grossen  
 itärweisenhause in Potsdam und Schloss Pretzsch ist bezüglich des  
 itätsdienstes vertragsmässiges Abkommen mit Aerzten getroffen.“  
 „besonderen Bestimmungen“ sind nirgends veröffentlicht und auch  
 ht zugänglich; ebensowenig werden im Sanitätsbericht über die preus-  
 che Armee die Gesundheitsverhältnisse in den Kadettenanstalten er-  
 hnt; in dem bayrischen Berichte dagegen finden sich einige Zahlen;  
 erdings ist genaues auch aus ihnen nicht zu ersehen, da die einzelnen  
 ankeheiten der Kadetten mit denen der Soldaten des I. Armeecorps  
 sammengestellt sind. 1890/91 betrug bei einer Iststärke von 196 Ka-  
 ten der Zuzug im Lazareth 215, im Revier 6, im Lazareth und Revier  
 davon wurden geheilt 217, Abgang 8; und zwar waren dazu erforder-  
 lich 1499 Behandlungstage im Lazareth, 96 im Revier.

Die Krankenversorgung in den zur Zeit bestehenden Internaten und  
 isenhäusern ist fast ganz den Leitern der betreffenden Anstalten über-  
 sen und daher auch in sehr verschiedener Weise geregelt; während an  
 nchen Stellen die Fürsorge für erkrankte Zöglinge eine recht primi-  
 e ist, finden wir sie an anderen Orten in trefflicher Weise durchge-  
 rt. Zu den bestversorgten Anstalten können wir eine Anzahl der  
 dischen Alumnate rechnen, die allerdings über sehr grosse Mittel ver-  
 en, wie z. B. die Rugby School in London, die seit 24 Jahren an  
 . Clement Dukes einen sorgsamen, ärztlichen Berater hat, der sich  
 die Schulhygiene und Krankenfürsorge in den Anstalten ein grosses  
 rdienst erworben hat. Dieses Internat besitzt bei einer Belagzahl von  
 ) Schülern ein grosses Krankenhaus mit allem modernen Comfort;  
 ich gut sind die Franke'schen Stiftungen in Halle versorgt, die  
 k. Theresianische Akademie in Wien, das Rummelsburger Waisen-

	Stamm- Nr.	Stamm- Bezeichnung	Stamm- Ort	Stamm- Jahr
1. St. Marien-Kirche	40	St. Marien-Kirche Hannoversche- Hochschule	—	—
2. St. Marien-Kirche	—	St. Marien-Kirche	—	—
3. St. Marien-Kirche	40—70	St. Marien-Kirche	—	—
4. St. Marien-Kirche	30	—	—	—
5. St. Marien-Kirche	—	St. Marien-Kirche	—	—
6. St. Marien-Kirche	100	St. Marien-Kirche	—	—
7. St. Marien-Kirche	—	St. Marien-Kirche	—	—
8. St. Marien-Kirche	30	—	1. Zimmer	1
9. St. Marien-Kirche	100—11	—	3 Zimmer, 1. Zimmer St. Marien-Kirche W. Zimmer	1
10. St. Marien-Kirche	—	—	St. Marien-Kirche	—
11. St. Marien-Kirche	—	—	2. Zimmer, 2. Zimmer	—
12. St. Marien-Kirche	100	St. Marien-Kirche	—	—
13. St. Marien-Kirche	200	St. Marien-Kirche	—	—
14. St. Marien-Kirche	64	—	3	—
15. Jagtenhofchen, Kolleg	24	—	1	1
16. Pädagogium zu Ostrau	200	Ja*	—	—

Bindung einem Kranken- hause.	Arzt.	Pflegepersonal.	
—	Anstaltsarzt wohnt im Hause mit beson- deren Assistenten.	Dauernd vorhanden.	
—	Anstaltsarzt i. Hause.	Dauernd vorhanden.	
für Spe- zifälle.	Anstaltsarzt.	Nur für schwere Fälle wird eine Pflegerin genommen.	
—	Hausarzt, d. dauernd. die Ueberwachung des Gesundheitszu- standes besorgt.	—	
—	Anstaltsarzt.	Dauernd vorhanden.	* 7 Zimmer und Küche, dar- unter 4 Krankenzimmer, 1 Badezimmer, 1 Wohnung für die Pflegerin.
—	Landesschularzt und ein zweiter Arzt als Vertreter.	Dauernd vorhanden.	* 4 Krankenzimmer mit 11 Betten, 1 Ordinationszim- mer, 1 Badezimmer.
—	Anstaltsarzt täglich täglich $\frac{1}{2}$ 7 Sprech- stunde in der An- stalt.	Dauernd vorhanden.	* 5 Zimmer mit 10 Betten, Dampfdesinfectionsapparat.
i schwe- ällen u. ektions- fahr.	Anstaltsarzt u. Zahn- arzt.	Frau d. Schuldieners, vom nächsten Jahre an des Hausmeisters, die dazu in einem Krankenhouse aus- gebildet werden soll.	
—	Anstaltsarzt 2 mal wöchentlich Sprech- stunde in der An- stalt.	Hausvater und Haus- mutter mit Unter- personal, bei schwe- ren Fällen Kranken- pflegerin zugezogen.	
—	—	—	
—	—	—	
—	Anstaltsarzt, täglich Sprechstunde in der Anstalt.	Krankenpfleger im Hause.	* 4 Zimmer mit 16 Betten, eines mit 4 Betten ganz abgesondert für Infections- krankheiten.
—	1 Chefarzt, 2 Haus- ärzte, von denen einer dauernd im Hause. Jeden Mor- gen Sprechstunde.	—	* 12 Zimmer mit 74 Betten.
i schwe- ällen u. ekungs- fahr. lo.	2 Anstaltsärzte.	Nach Bedarf Diako- nissin.	
—	Armenarzt d. Bezir- kes u. Augenarzt.	Hauswart und dessen Frau.	
—	2 Anstaltsärzte.	Dauernd vorhanden.	* 14 Isolirzimmer, 1 Speise- zimmer, Wohnung f. Pflege- personal.



Anstalt.	Anzahl der Zöglinge.	Eigienes Krankenhaus.	Krankenzimmer.	Isoli- zimmer
17. Paedagogium zum Kloster Unser lieben Frauen Magdeburg.	72	Ja, aber nur als „Contagiumhaus“ 2 Zimmer.	3	—
18. Königl. Studienseminar Amberg.	126	—	2	—
19. Erzbischöfl. Klericalseminar Freising.	160	—	3 mit 12 Betten.	Ja
20. Ernestinisches Klericalseminar Bamberg.	120—130	—	2 mit 8 Betten*	—
21. v. Dyhern - Czetowitzsches Rettungshaus Nieder-Hermsdorf.	200	—	2	Ja
22. Rettungshaus Breitenhain Ober-Weistritz.	—	—	0	—
23. Rettungsanstalt Beisenhaus-Rengshausen.	32	—	1	1
24. Knabenrettungshaus Zülchow.	130 (1896: 100)	—	2	Ja
25. Elisabethstiftung Riekow (Gr. Tychow).	52 (1897: 36)	—	1 mit 5 Betten.	.
26. Städt. Erziehungshaus Klein-Beeren (Berlin).	—	—	1	.
27. Elisabethstift Pankow (Berlin).	—	—	—	.
28. Rettungshaus Stralsund.	30—40	—	Ja	.
29. Martinstift b. Flensburg.	50	—	—	—
30. Eckartshaus bei Eckartsberge.	80—100	—	2	Ja
31. Kgl. Zwangserziehungsanstalt Wabern.	180	Ja*	—	—
32. Provinzialerziehungsanstalt Tempelburg.	239	—	1	1
33. Kgl. Erziehungsanstalt Conradshammer b. Oliva.	80	—	1 mit 4 Betten.	Ja
34. Kgl. Erziehungsanstalt Steinfeld (Stift).	261	Ja*	—	—
35. Erziehungsanstalt d. Hilfsverein d. städt. Armenpflege. Königsberg O.-P.	66	—	0	0
36. III. Deutsches Reichswaisenhaus Schwabach.	44	—	1 mit 4 Betten.	—
37. Piarwaisenhaus Windsbach.	80	Ja, nur für Infektionskrankheiten.	2	—

Verbindung mit einem Kranken- hause.	Arzt.	Pflegepersonal.	
—	1 Klosterarzt, 1 Zahnarzt.	Nach Bedarf zuge- zogen.	
bei schwe- ren Fällen u. nesteckungs- gefahr.	Hausarzt.	Hausdiener.	
—	Hausarzt.	Bei Bedarf werden Schwestern zugezo- gen.	
do.	Hausarzt.	Ja. Klosterfrauen.	* 17 Zöglinge haben Einzel- zimmer, welche als Kran- kenzimmer verwandt wer- den können.
—	Hausarzt.	Nach Bedarf graue Schwestern zugezo- gen.	
—	0	0	
—	Anstaltsarzt in dem 2 Stunden entfer- nten Orte.	Gehilfe der Anstalt.	
do.	Ein benachbarter Arzt wird zugezogen.	Hausmutter und ein Erzieher.	
do.	Arzt ( $\frac{1}{2}$ Meile ent- fernt) bei Bedarf zu- gezogen.	1 Hausvater, bei Be- darf die Kreisdiako- nissin.	
do.	Hausarzt.	Bei Bedarf Pflegerin.	
—	—	—	
—	Hausarzt.	Hausvater als Kran- kenpfleger ausge- bildet.	
—	0	—	
—	Anstaltsarzt.	Bei Bedarf zugezogen.	
—	Hausarzt.	Geprüfter Oberlaza- rethgehilfe im Hause.	* 12 Betten und 3 Isolir- räume mit je 3—4 Betten.
do.	Hausarzt, der ein- wöchentlich revidirt, sonst nur bei Be- darf zugezogen.	Hausvater.	
do.	Anstaltsarzt.	Beamter, d. Lazareth- gehilfe war.	
do.	Hausarzt täglich in der Anstalt.	Ober-Lazarethgehilfe im Hause.	* 3 Zimmer mit 11 Betten.
do.	Hausarzt im Ehren- amt.	—	
do.	Hausarzt nur bei Er- krankungen.	Nein.	
do.	Bei Erkrankungen wird ein Arzt zuge- zogen.	Hausmutter und 1 Ge- hilfe, bei Bedarf Dia- konissin.	

Anstalt.	Anzahl der Zöglinge.	Eigenes Krankenhaus.	Kranken- zimmer.	Isoli- zimmer
38. Waisenhaus Königsberg O.-Pr.	—	—	Ja	Ja
39. Israelitisch. Waisenhaus Dinslaken.	28	—	1	1
40. Israelitisch. Waisenhaus Fürth.	—	—	0	0
41. Israelit. Waisenanstalt Wilhelmspflege. Esslin- gen.	—	—	2	Ja
42. Israelit. Waisenanstalt Breslau.	60	—	2	.
43. Deutsch - Israelitisches Kinderheim Dietz a. L.	—	—	1	.
44. Auerbach'sches Waisen- haus. Berlin.	78	Ja	—	.
45. Reichenheim'sches Wai- senhaus. Berlin.	79	—	0	.
46. Rummelsburger Waisen- haus.	—	Ja	—	—
47. Israelitisch. Waisenhaus. Hamburg.	20	—	1 mit 3 Betten*	Ja
48. Knabenrettungshaus Cö- then bei Falkenberg (O.-Mark.)	24—26	—	1	—

haus, die kgl. Waisen- und Schulanstalt von Bunzlau<sup>1)</sup>, die Klosterschule Rossleben, das Alumnat der Fürstenschule St. Afra in Meissen, das Pädagogium zu Putbus, und zu Ostrau bei Fiehe, einige der grössten Zwangserziehungsanstalten und andere mehr. Die Mehrzahl der in Frage stehenden Anstalten hat ein oder mehrere besondere Krankenzimmer, meist darunter ein Isolierzimmer für auf Infektionskrankheiten verdächtige Kinder; fast alle Anstalten haben das Bestreben, alle schwer kranken Kinder und alle Infektionskranke möglichst schnell in ein nachbartes Krankenhaus zu schaffen. Die ärztliche Aufsicht ist in den allermeisten Instituten derart geregelt, dass ein bestimmter Arzt Hausarzt angestellt ist, und bei allen Erkrankungsfällen sofort zugezogen wird; in einigen Anstalten wird von Fall zu Fall ein benachbarter Arzt zur Behandlung eines etwa erkrankten Kindes geholt. Nur in sehr wenigen Anstalten wohnt ein Arzt dauernd als wirklicher Institutsarzt; häufig ist doch der ärztliche Dienst in den grösseren Anstalten derart geregelt, dass der Hausarzt täglich oder mehrmals in der Woche zu bestimmten Zeiten Sprechstunden im Institute abhält und regelmässig

nisterialber. f. d. gesamt. innere Verwaltung in d. Kgl. Preuss. Sta-  
ff.

lung nem en- e.	• A r z t.	Pflegepersonal.	
chwe- en u. ings- r.	2 Anstaltsärzte u. Spe- cialarzt nach Bedarf.	—	
	Hausarzt.	Das Hauspersonal.	
	—	0	
	Hausarzt. bei Bedarf Specialarzt.	Krankenschwestern b. Bedarf.	
	Hausarzt.	—	
	2 Hausärzte.	do.	
	Hausarzt.	—	
	Hausarzt und Special- arzt.	—	
	Anstaltsarzt wohnt im Hause.	—	
	Hausarzt.	—	* Meist nur als Beobach- tungs-Station.
	Arzt bei Krankheiten zugezogen.	—	

besichtigt; für besondere Erkrankungen werden bestimmte Spec-  
e zugezogen; auch für zahnärztliche Behandlung ist vielfach ge-  
Die Wartung der kranken Kinder wird in einigen Anstalten durch  
Krankenpfleger (meist frühere Lazarethgehilfen) und Kranken-  
men besorgt, die dauernd angestellt sind; häufig aber wird die  
dem gewöhnlichen Personale überlassen; in einzelnen Häusern  
je nach Bedarf geprüfte Krankenpfleger oder Schwestern zuge-

Während die Hauptzahl der in Deutschland bestehenden Er-  
sanstalten und Waisenhäuser in der geschilderten Weise für ihre  
ten Zöglinge sorgt, giebt es doch noch eine ganze Anzahl von  
1, in denen in keiner Weise für Krankenpflege dauernde Einrich-  
getroffen sind. Zur Beleuchtung des Ausgeführten mag vor-  
e Uebersichtstabelle dienen über einige Anstalten, über die ich  
erfahren konnte.

setzlich geregelt ist die Krankenpflege in Bayern durch einen  
ialerlass vom 12. Februar 1874<sup>1)</sup>: An sämtliche Kgl. Regie-  
Kammern des Inneren, die erzbischöflichen und bischöflichen

Ministerialblatt für kirchliche und Schulangelegenheiten im Königreich  
München 1874. No. 8.

Ordinariate, die Kgl. Bezirksämter und unmittelbare Stadtmagistrate, dann die Vorstände der öffentlichen und privaten Erziehungsinstitute des Königsreichs:

Generelle Bestimmungen über die Einrichtung der öffentlichen und privaten Erziehungsanstalten (Alumneen, Seminarien, Pensionate, mit besonderer Rücksichtnahme auf die Gesundheitspflege.

§ 4. Ein Institutsgebäude soll je nach der Zahl der Zöglinge und den besonderen Institutszwecken enthalten Betsäle, Studirsäle, Speisesäle, Schlafsäle, Turn- oder Spielsäle, Garten und Spielplätze im Freien, Musikübungs- und Instructionszimmer, Krankenzimmer, Sprech- oder Rathszimmer, Badekabinete, Wirthschaftslocalitäten, Aborte, alle die Räumlichkeiten in einer den Verhältnissen des Instituts entsprechenden Zahl und Grösse.

§ 33. VIII. Krankenzimmer. Krankenzimmer sollen von den übrigen Räumlichkeiten möglichst isolirt und in entsprechender Anzahl vorhanden sein. Das einzelne Krankenzimmer soll nicht mehr als 4 Betten, die einen Luftraum von 28 cbm für jedes Bett enthalten. Zwischen 2 Krankenzimmern muss sich ein Wärterzimmer befinden.

Die einzelnen Zimmer sollen in Nothfällen gegenseitig isolirt werden können. Auf je 10 Zöglinge soll ein Krankenbett vorgesehen sein.

Bei den Krankenzimmern soll sich ein eigener, nur für die Kranken zugänglicher Abort befinden, welcher regelmässig täglich mehrmals zu reinigen und zu desinficiren ist.

Im Uebrigen sind die Krankenzimmer nach den Anordnungen des Hausarztes beziehungsweise des Amtsarztes einzurichten.

Wo entsprechende Localitäten für eine angemessene Zahl hinreichend grosser und gut eingerichteter Krankenzimmer nicht zu beschaffen sind, empfiehlt sich der Abschluss eines Vertrages, wonach nur leicht erkrankte Zöglinge im Hause verpflegt, schwer erkrankte aber in die Krankenzimmer der Gemeinde verbracht werden.

§ 50. Dem Instituts- und Seminarvorstande wird zur besonderen Pflicht gemacht, in allen die Gesundheitspflege berührenden Fragen nach dem gutachtlichen Rathe der Hausärzte und eventuell des Amtsarztes vorzugehen und deren Weisungen gewissenhaft zu beachten.

Wir sehen hier ein gewisses Mindestmaass festgesetzt, das durch die Rücksichtnahme auf eventuellen Platzmangel noch wesentlich eingeschränkt oder sogar ganz aufgehoben wird.

In Preussen wird von den Behörden — neuerdings nach allerhöchstem Erlasse vom 12. Mai 1897 von den Oberpräsidenten — die Krankenpflege nur in den Zwangserziehungsanstalten durch bestimmte Hausordnungen festgestellt. Eine solche lautet z. B. für Schubin § 30. Erkrankten Zöglinge in der Anstalt, so sind dieselben dem A

<sup>1)</sup> Hausord. f. d. Provinzialzwangserziehungsanstalt z. Schubin. Posen I

ustellen. Bei bedenklichen Fällen und Unglücksfällen ist derselbe in die Anstalt zu holen. Ob und wie lange ein Zögling als Kranker behandelt, ist in diesem Falle durch den Arzt zu bestimmen. Derselbe entscheidet auch über die Art der Behandlung der Kranken in medicinischer und diätetischer Beziehung. Soweit nicht aus diesen Rücksichten Abweichungen von den allgemeinen Vorschriften über die Behandlung der Zöglinge nothwendig werden, bleiben die letzteren auch für die Kranken geltend, weshalb in disciplinarischer Beziehung dieselbe Strenge zu beobachten ist. Soweit der Zustand des Kranken eine Beschäftigung gestattet, soll darauf Bedacht genommen werden, ihm eine solche zuzubringen.

Um der Forderung, allgemein eine gesetzliche Regelung der Krankenversorgung in den hierhergehörigen Instituten einzuführen, vermehrtes Gewicht zu geben, wäre es dringend nothwendig, eine genaue Krankenstatistik in allen Anstalten zu erhalten. Leider ist dieses aber zur Zeit nicht möglich, da nur in wenigen ein Krankenjournal regelmässig geführt wird,

die Anstaltsleiter — auch wo pecuniäre Interessen völlig ausgeschlossen sind — ein natürliches Interesse daran haben, ihre Institute aus sanitärer Hinsicht möglichst günstig erscheinen zu lassen. In den Anstaltsberichten, die in die Oeffentlichkeit gelangen, wird daher der Gesundheitszustand der Zöglinge meist auch nur mit wenigen Worten im Allgemeinen und zwar gewöhnlich als „ein befriedigender“ bezeichnet. Einer Rundfrage an eine grosse Anzahl der in Deutschland bestehenden Alumnate, Waisenhäuser, Zwangserziehungs- und Rettungsanstalten ist dementsprechend auch nur von sehr wenigen einigermaßen genaue Angaben gemacht. Obwohl somit ein klares Bild über die Krankenversorgung in den Anstalten nicht gegeben werden kann, sollen dennoch die der zugänglichen Zahlen aufgeführt werden.

In dem Alumnate am Kgl. Joachimthal'schen Gymnasium zu Berlin ist nach einem Berichte des Gymnasialdirectors Herrn Dr. Bach die Krankenziffer bei einer ungefähr gleichen Zöglingzahl von ca. 150 während der letzten 10 Jahre:

1887	1888	1889	1890	1891	1892	1893	1894	1895	1896
228	218	207	148	211	206	229	104	151	116

Der Procentsatz der einzelnen Erkrankungen war also im Durchschnitt 121 pCt.

Ueber die Krankenbewegung in dem zur Landes- und Fürstenschule Afra in Meissen gehörigen Alumnate berichtet der Kgl. Bezirks- und Schularzt Herr Dr. Erlert:

	1891	1892	1893	1894	1895	1896
Anzahl der Kranken . . . . .	83	89	96	80	51	77
Procentverhältniss zur Anzahl der Alumnen . . . . .	65,3	68,4	73,0	61,5	39,2	59,2
Verpflegungstage . . . . .	371	364	422	308	267	274
Durchschnittliche Verpflegungsdauer in Tagen . . . . .	4,3	4,0	4,4	3,8	5,2	3,5

Aus der Tabelle ist nicht ersichtlich, ob jede einzelne Erkrankung oder jeder Zögling nur einmal als erkrankt gezählt wird. Die Anzahl der Alumnen beträgt 130. Von Infectiouskrankheiten kamen in den letzten 6 Jahren vor: 2 Rose, 4 Masern, 4 Scharlach, 1 Diphtherie, 1 Typhus.

Ueber die von 75 Internen bewohnte Klosterschule Rossleben berichtet der Gymnasialdirector Herr Professor Dr. Heilmann, dass die Krankenstatistik ein klares Bild nicht ergebe, da z. B. 1896 480 Erkrankungen vorkamen, 1897 bis Juli nur 70. „Die Erkrankungen waren alle leichter Art und von kurzer Dauer: Verletzungen (meist beim Spiel), Erkrankungen der Respirationsorgane, Angina follicularis, Influenza, Masern, Windpocken, sog. Ziegenpeter. Die Schüler stehen im 11. bis 20. Lebensjahre.“

In dem Alumnate, das mit der Samsonschule in Wolfenbüttel verbunden ist, erkrankten bei einem Bestande von 100—110 Zöglingen im Alter von 9—19 Jahren jährlich ca. 30 pCt. an Erkältungen, Halsaffectionen, Mandelentzündungen fast ausschliesslich leichter Art, von schweren Erkrankungen kamen in den letzten 3 Jahren vor: 1 Rippenfellentzündung, 1 Herzerweiterung, 1 Gelenkrheumatismus, 2 Gelbsucht, 2 Lungenentzündung, 1 Scharlachfieber.

Im Studienseminar Amberg, das allerdings meist ältere Insassen hat, werden durchschnittlich unter 126 Internen 20—25 Kranke jährlich beobachtet.

Dukes<sup>1)</sup> giebt zwar keine genauen Zahlen über alle Erkrankungen der Zöglinge in der Rugby School, doch dafür um so genauere über das Vorkommen von Infectiouskrankheiten während des Zeitraumes von April 1871 bis November 1893 (Anzahl der Zöglinge 400).

	Totalsumme	Durchschnittssumme im Jahre	Procentzahl im Jahre
Influenza (in 4 Jahren) . . .	317	13,8	3,45
Masern . . . . .	317	13,8	3,45
Rötheln . . . . .	275	12,0	3,0
Mumps . . . . .	196	8,52	2,13
Frieseln . . . . .	71	3,08	0,77
Scharlach . . . . .	59	2,56	0,64
Keuchhusten . . . . .	18	0,78	0,19
Typhus . . . . .	4	0,17	0,04
Diphtherie . . . . .	3	0,13	0,03
Erysipel des Gesichts und Kopfes	1	0,04	0,01
Summe (dazu 18 Ringworm)	1208	52,52	13,13

Von Waisenhäusern wird aus dem Hamburger Israelitischen Knabenwaisenhaus eine Erkrankungsziffer von 60 pro anno bei 20 Zöglingen berichtet.

<sup>1)</sup> "Health at school by Clement Dukes. London 1894. p. 383.

Im III. Deutscher Reichswaisenhaus zu Schwabach erkrankten bei r Durchschnittszahl von 44 Waisen:

1886	1887	1888	1889	1890	1891	1892	1893	1894	1895	1896
13	15	17	29	30	28	13	8	4	15	11

durchschnittlich pro Jahr 17,5 oder 39,77 pCt.

Im Pfarrwaisenhaus Windsbach, in dem 80 Zöglinge untergebracht sind, wird zwar eine Krankenstatistik nicht geführt, aber der Herr Inspector Haffner berichtet, dass „seit Februar 1883 einmal Diphtherie, 3 mal Masern epidemisch mit einer durchschnittlichen Erkrankungs-  
r von 30 pCt., 1 mal Scharlach mit 25 pCt. Erkrankungen.“ Seit 8 traten zahlreiche influenzaähnliche Erkrankungen auf.

Aus dem Reichenheim'schen Waisenhaus in Berlin<sup>1)</sup> wurden 5:96 von 79 Zöglingen 25 27 mal in das Krankenhaus überführt, und r 22 mal wegen einer ansteckenden Krankheit, ausserdem wurden ge zu Hause bei leichten Erkrankungen behandelt; 1894/95 wurden gleichem Bestande 31 Kinder in das Krankenhaus gesandt.

In der Erziehungsanstalt des Hilfsvereins für städtische Armenpflege Königsberg (O.-Pr.) sind bei 66 Zöglingen

1894	1895	1896	1897 bis Juli
14	12	4	3
21,2 pCt.	18,2 pCt.	6,1 pCt.	—

andelt worden, wobei Auftreten der granulösen Augenentzündung den eren Procentsatz in den beiden ersten Jahren bedingte.

In dem Knabenerziehungshaus Züllichow werden bei 100 Zöglingen Jahre 1896 22 Kranke gemeldet.

In der kgl. Erziehungsanstalt Conradshammer bei Oliva betrug die l der Erkrankungen:

	1893/94	1894/95	1895/96	1896/97
durchschnittliche Anzahl der Zöglinge	71	61	57	45
erkrankungsziffer . . . . .	49	19	17	28
von leicht . . . . .	49	17	17	27

ergibt durchschnittlich 48,29 pCt. Erkrankungen.

Für die kgl. Erziehungsanstalt in Steinfeld bei Urf gelten folgende en für 1896/97. Bei einer Kopfstärke von 261 Zöglingen erkrankten mit 1116 Verpflegungstagen, 55 sind geheilt, 3 gebessert, 5 unge-  
ert in eine Klinik entlassen; 1 Kind starb, 8 blieben in Behandlung.

Procentsatz der Erkrankungen beträgt also 27,59; meist waren es itere Erkrankungen, wobei besonders hervorgehoben wird, dass 40 pCt. Eingelieferten Zeichen von Scrophulose an sich hatten.

Aus der kgl. Erziehungsanstalt zu Wabern liegen folgende Zahlen bei einer normalen Belegungsziffer 180:

<sup>1)</sup> Bericht vom Waisenhausdirector Dr. Jutrosinski 1895 und 1896.



	1893/94	1894/95	1895/96	1896/97
Lazarethkranke . . . . .	118	110	138	150
Revierkranke (ambulatorisch behandelte)	127	137	149	206

also durchschnittlich 284,25 pro anno oder 157,90 pCt.

Aus der Provinzial-Zwangs-Erziehungsanstalt in Tempelburg b Danzig wird berichtet:

	1891	1892	1893	1894	1895
Durchschnittliche Zahl der Zöglinge	237	230	251	252	228
Anzahl der Erkrankten . . . .	65	28	29	13	19

Das sind 12,85 pCt., wobei allerdings nur ernstere Erkrankungen gezählt wurden.

Aus Russland berichtet Menger<sup>1)</sup>, dass 1894 in russischen Gefängnissen 42164 Kinder untergebracht waren, von denen 5180 krank waren und zwar an 94621 Tagen, d. i. 12,3 pCt. Kranke mit durchschnittlich 18,3 Krankentagen.

Wir sehen aus den angeführten Zahlen, in wie weiten Grenzen die Angaben schwanken; es liegt das zum grossen Theil an der verschiedenen Art der Krankenaufstellung; während das eine Mal jede auch geringe körperliche Störung verzeichnet wird, werden in anderen Anstalten nur ernstere Erkrankungen aufgeführt. Weiter kommen auch die verschiedenen hygienischen Bedingungen in den Anstalten selbst in Betracht so berichtet z. B. ein Anstaltsdirector, dass in Folge der dort herrschenden rauhen Luft in seinem Institute jährlich ca. 30 pCt. der Kinder an Halsentzündungen erkranken. Endlich kommt es auf die Verschiedenheit der äusseren Verhältnisse an, denen die Kinder entstammen: während in Internaten sich überwiegend wohl Kinder befinden, welche vor der Aufnahme eine sorgsame Pflege genossen haben, finden wir in Waisenhäusern, Rettungshäusern, Zwangserziehungsanstalten u. s. w. meist Kinder, die misslichen Verhältnissen entstammen, die zu Hause schlecht ernährt worden sind, häufig vernachlässigt waren und oft, hereditär belastet, die Disposition zu mancherlei Krankheiten mit in das Erziehungshaus bringen. Von 61 in die Erziehungs- und Pflegeanstalt zu Langenhagen<sup>2)</sup> neu aufgenommenen 1891/92 waren 25 = 41 pCt. an Scrophulose erkrankt 23 = 37,7 pCt. an Rachitis.

Aus allem diesen ergibt sich wohl klar, dass der Krankenbestand in den genannten Anstalten doch meist ein nicht unbeträchtlicher ist und dass es somit nothwendig ist, neben allgemeinen guten hygienischen Verhältnissen in diesen Instituten auch ganz besonders hohe Ansprüche an eine ausreichende Krankenfürsorge zu stellen.

Wichtig ist zunächst die Art der ärztlichen Versorgung in der Anstalt. Kleinere Institute mit einer Belegzahl von unter 100 Zöglingen müssen einen Hausarzt haben, der regelmässig mehrmals in der Woche — bei über 50 Kindern täglich — des Morgens vor dem Schulbesuch

<sup>1)</sup> Verhandl. der Deutsch. Gesellsch. f. öffentl. Gesundheitspf. zu Berlin. 1899  
Zeitschrift f. d. Behandlung Schwachsinniger, Epileptiker. 1893. S. 48.

sechsstunde abhält, und in dieser alle Kinder sieht, die irgend etwas klagen haben. Die Kinder müssen angehalten werden, ihren Pflegern eventuell direct dem Arzte von jeder auch geringsten körperlichen Verletzung sofort Meldung zu machen. Daneben aber hat der Arzt auch regelmässig alle Kinder zu beobachten und in ihrer körperlichen Entwicklung zu verfolgen. Es ist dazu erforderlich, dass der Arzt die Kinder häufig in ihrem Zimmer bei ihrer gewohnten Lebensweise beobachtet. Für jedes Kind ist vom Arzte ein genaues Journal anzulegen, welches während des ganzen Aufenthaltes in der Anstalt fortgeführt wird. Eine genaue Krankenstatistik ist aufzustellen und dauernd bei den Hauptleuten der Anstalt zu bewahren. Wie weit die Behandlung erkrankter Kinder im Hause selbst durchgeführt werden soll, wird weiter unten gesprochen, auch auf die gesammte hygienische Thätigkeit des Anstaltszweckes soll hier nicht weiter eingegangen werden. Aus dem Gesagten jedoch ergibt sich bereits, wie nothwendig bei einer grösseren Belegzahl eines Institutes die Bestellung eines eigenen Anstaltsarztes ist, der sich ganz der Anstalt widmet und innerhalb derselben wohnt; auf eine ausgedehnte Thätigkeit ausserhalb des Hauses muss er dabei verzichten. Besser<sup>1)</sup>, ein eifriger Kämpfer für Hebung der Waisenhäuser, stellte diese Forderung bereits 1863, auch Wehmer<sup>2)</sup> verlangt, dass ein Arzt dauernd im Lazarethgebäude der grossen Waisenhäuser wohne. Da diese Forderung erfüllt ist, wird stets von dem günstigen Erfolge dieser Einrichtung berichtet, so z. B. aus dem Rummelsburger Waisenhaus bei Berlin<sup>3)</sup>: „Der in der Anstalt wohnende Arzt erfüllt durch seine beständige Anwesenheit in hervorragender Weise eine prophylactische Aufgabe, indem er mit ganz bedeutendem Erfolge die ganze Lebensweise der Zöglinge, die in derselben liegenden Wirkungen auf die Körperentwicklung und die Gesundheitszustände überwacht, auf schädliche Einflüsse aufmerksam macht, Verbesserungen vorschlägt und weitsichtige Massnahmen anordnet.“

Auch Dukes rühmt sich mit Recht dessen, dass in den 23 Jahren seiner Thätigkeit an der Rugby School bei einem Bestande von 400 Zöglingen nur 7 Todesfälle vorkamen, d. i. 1:1300 per annum, während Chadwick für Gemeindeschulen 6—12:1000 per annum gefunden hat und wir selbst oben für frühere Zeiten noch sehr weit höhere Ziffern angeben konnten.

Der Anstaltsarzt muss in hygienischer Hinsicht zwar nur im Einverständniss mit dem Anstaltsleiter handeln dürfen, aber völlig selbstständig in Bezug auf Krankenpflege verfügen können. In grösseren Instituten, die von mehreren Hundert Insassen besetzt sind, wird dem

<sup>1)</sup> Beiträge zur Waisenhausfrage. Dr. Leopold Besser. Berlin 1863.

<sup>2)</sup> Wernich-Wehmer, Lehrb. d. öffentl. Gesundheitswesens. Stuttgart 1894.

<sup>3)</sup> Das Sanitätswesen d. Preuss. Staates während der Jahre 1889/90 91. Berlin 1891. S. 403.

<sup>4)</sup> L. c. S. 343.



emselben ist eine Hausapotheke, Verbandkasten etc. unterzubringen. eigenes Badezimmer und mehrere Closets mit Wasserspülung — besonderes für das Isolirzimmer — gehören zu dieser Abtheilung. dieser Einrichtung ist aber von vorne herein festzuhalten, dass alle Infectionskrankheiten Erkrankten sofort aus dem Hause entfernt den müssen, da bei der beschriebenen für kleinere Anstalten passenden Einrichtung in sicherer Weise dauernd die Ausbreitung einer ansteckenden Krankheit nicht verhütet werden kann. Auch alle schweren operativen Erkrankungen würden nicht im Hause behalten werden. Es ist daher für solche Anstalten ein fester Anschluss an ein nachbarnes Krankenhaus durchaus nothwendig, welches sich verpflichtet, aus der Anstalt gesandten erkrankten Zöglinge unbedingt aufzunehmen. Thatsächlich ist auch ein solcher Anschluss in kleinen Anstalten vielfach üblich. In diesen Instituten kann es auch bei Infectionskrankheiten, die schnell um sich greifen, nöthig werden, ein weiteres Ausbreiten derselben durch schleunige völlige Entleerung der Anstalt zu hindern. Die nicht erkrankten Kinder sind — falls nach genauer ärztlicher Untersuchung noch gesund befunden — nach erfolgter Desinfection der Kleidung u. s. w. nach Hause zu entlassen, soweit dieses möglich ist. Hierbei ist durch den Arzt unbedingt den Verwandten die Art der im Hause herrschenden Krankheit genau Aufschluss geben; es ist ihnen mitzutheilen, wie viel Tage die Incubationszeit beträgt, in der das Kind noch etwa erkranken könnte, auf welche Inererscheinungen besonders zu achten ist, und welche Maassregeln in a Falle der Erkrankung getroffen werden sollen. In der Rugby School für solche Fälle folgendes Formular eingeführt:

Medical certificate.

Your son . . . . . may be already infected with . . . . .  
and the illness may be incubating in him; if so, it will show  
itself within . . . . . days.

If no symptoms present themselves by . . . . .  
he may be considered free from the illness, and may safely  
join the the other members of your family.

(Signed.)

Adress.

Medical officer.

Date.

Eine Rundverfügung des preussischen Ministers des Innern vom Juli 1884 betreffend die Schliessung der Schulen bei ansteckenden Krankheiten bestimmt in § 6 der Anlage: „Aus Pensionaten, Konvicthen, Internaten und Internaten dürfen Zöglinge während der Dauer und unheilbar nach Erlöschen einer im Hause aufgetretenen ansteckenden Krankheit nur dann in die Heimath entlassen werden, wenn dies nach ärztlichem Gutachten ohne die Gefahr einer Uebertragung der Krankheit gehen kann und alle vom Arzte etwa für nöthig erachteten Vorsichtsmaassregeln beobachtet werden. Unter denselben Voraussetzungen sind die Zög-



en können, um bei einer etwa auftretenden Hausepidemie genügende Versorgung zu ermöglichen. Die Zimmer müssen mit Kalk getüncht sein mit Oel- und Emailfarben gestrichen, so dass sie leicht gründlich geputzt werden können; die Ecken müssen aus demselben Grunde abgedichtet sein, der Fussboden am besten aus Cement mit Linoleumbelag; die Grösse der Zimmer sei so berechnet, dass auf jedes Bett erstens 35 cbm Luftraum komme, für die Infectionsabtheilung aber dritter Luftcubus; Duker verlangt für diese Abtheilung das Doppelte Luftraum. Die Ventilation wird am besten im Anschluss an Heizkörper eingerichtet, besondere Luftkanäle sind für die Zufuhr frischer Luft wünschenswerth; in ihnen soll im Winter die eingeheizte Luft vorgewärmt werden. Für die Erwärmung der Zimmer ist Wasserverheizung am angenehmsten, doch sind auch die modernen Kesselöfen zu gebrauchen, man vermeide aber Heizkörper, die eine schnelle Abkühlung der Zimmer in der Nacht zulassen. Die Einrichtung der Zimmer muss auch vorsichtig gewählt werden; die Bettgestelle seien aus Eisen mit Draht- und Rosshaarmatratzen, Federbetten sollen höchstens als Kopfkissen benutzt werden, sind aber besser auch dort durch Haarkissen zu ersetzen; wollene Decken sollen zum Bedecken genommen werden. Die weitere Ausstattung der Krankenzimmer sei die einfachste.

Die Treppen seien bequem ansteigend und breit, um den Transport krankester und zum Gehen Unfähiger zu erleichtern.

Weiter muss im Lazareth für je 6 Betten ein Closet mit Wasserleitung, das täglich zu desinficiren ist, vorhanden sein; von den Badezimmern ist das in der Infectionsabtheilung so einzurichten, dass die zu entlassenden Kinder aus demselben in ein Ankleidezimmer gelangen, welches direct ins Freie führt, sodass die Kinder nicht mehr mit den Krankenräumen in Berührung kommen müssen.

Weiter ist ein Beobachtungszimmer im Infectionsgebäude nothwendig, in welches Verdächtige sofort aufzunehmen sind, eventuell sind hier bei leichter Erkrankung auch Kinder aufzunehmen, bis der etwa abwesende Arzt hinzukommt. Auch dieses Zimmer ist so einzurichten, dass die Kinder dasselbe gebracht werden können, ohne durch die eigentliche Krankenabtheilung zu müssen, zu welcher von dem Zimmer aus eine directe Verbindung führt. Gerade für dieses Zimmer, das nur für ein Bett eingerichtet werden sollte, ist Kalktünchung, die eventuell leicht abgekratzt und erneuert werden kann, besonders zu empfehlen. Für Reconvalescenten und Leichtkranke muss ein sog. Tagesraum vorhanden sein; auch eine Veranda wird zweckmässiger Weise angebracht werden.

Vernois<sup>1)</sup> verlangt noch ein besonderes Beschäftigungszimmer für Convalescenten.

Auch ein eigenes Besuchszimmer ist wünschenswerth, nur nicht für die Infectionsabtheilung, in der jeder Besuch streng zu verbieten ist.

<sup>1)</sup> Weyl's Handbuch d. Hygiene. Bd. VII. 1. Bürgerstein u. Netolitzki. Handbuch der Krankenversorgung und Krankenpflege. II. Bd. 2. Abth.

Ein Ordinationszimmer für den Arzt mit der nöthigen Ausstattung und Hausapotheke etc. gehört ferner ins Lazareth, ebenso ein eigener Desinfectionsapparat, in dem Wäsche und Kleidung, auch event. grössere Stücke desinficirt werden können; letzteres vertheuert den Apparat allerdings sehr und könnten daher zweckmässiger Weise grössere Gegenstände an die benachbarten communalen Desinfectionsanstalten, die jetzt ja nach und nach an den meisten grösseren Orten eingerichtet werden, abgegeben werden.

Eigene Wäsche und eigene Krankenkleidung für die Krankenabtheilung ist auch dringend erforderlich; besondere lange Uebermäntel sind in den Hausfluren vor den Scharlach- und Diphtherieabtheilungen für den Arzt vorrätbig zu halten.

In grösseren Lazarethen ist eine eigene Küche für das Spital zweckmässig, da eine besondere Kost nach Anordnung des Arztes doch nothwendig ist; in kleineren Krankenabtheilungen müssen wenigstens gut eingerichtete „Theeküchen“ vorhanden sein, in denen auch mancherlei Speisen für die kleinen Patienten schnell bereitet werden können.

Zur Lectüre dürfen den Kindern nur Bücher gegeben werden, die in der betreffenden Krankenabtheilung verbleiben, da eine sichere Desinfection von Büchern überhaupt nicht möglich ist. Duker<sup>1)</sup> empfiehlt, um jede Verwechslung auszuschliessen, die Bücher, die Kindern in der verschiedenen Krankheiten gegeben werden sollen, verschieden binden zu lassen: scharlachroth für Scharlach, gelb für Frieseln, blau für Masern, grün für Roseolen, weiss für Keuchhusten, schwarz für Windpocken, braun für Mumps.

Wenn die aufgeführten Einrichtungen auch im Allgemeinen den Bedürfnissen der Alumnate, Waisenhäuser u. s. w. entsprechen dürften, so werden sich doch noch für manche Anstalten besondere Einrichtungen als nöthig herausstellen und gewisse Abweichungen von der aufgestellten Norm erforderlich sein, so werden z. B. in Idiotenanstalten, die doch auch zu den Internaten gehören, besondere Abtheilungen<sup>2)</sup> für tuberkulöse Kinder einzurichten sein.

Wir haben so gesehen, was für eine geordnete Krankenfürsorge und Krankenpflege in Schulen und Internaten in Deutschland bisher geschehen ist und noch geleistet werden müsste. Wenn regelmässig nach einem gemeinsamen Schema in allen Instituten eine genaue Krankenstatistik geführt und veröffentlicht würde, wäre eine gesetzliche Ordnung der Krankenpflege in denselben wohl bald zu erzielen.

1. l. c. S. 380.

2) Zeitschrift f. d. Behandlung Schwachsinniger und Epileptiker 1894. Wulff

# Specielle Krankenversorgung.

---

## IV. Für Unbemittelte.

Von

Regierungs- und Medicinal-Rath Dr. **Roth** in Potsdam.

---


### I.

Zu denjenigen Aufgaben, deren Förderung bei uns bisher vorwiegend **Socialpolitiker** und Verwaltungsbeamte sich haben angelegen sein lassen, während Hygieniker und Aerzte ihr im Allgemeinen geringere Aufmerksamkeit schenkten, gehört die hygienisch und social gleich wichtige **Frage der Armen- und Armenkrankenpflege**.

Die Armen- und Krankenpflege lag im Mittelalter in Deutschland ursprünglich in den Händen der Geistlichkeit, der Krankenpflegerorden — Ritterschaft des heiligen Lazarus, Johanniter, Hospitaliter, Alexianer, barmherzigen Brüder, Elisabethinerinnen u. a. — und der Genossenschaften, Bruderschaften und Gilden. Die private Wohlthätigkeit schloss sich meist der kirchlichen an. Stifter frommer Spenden übertrugen die Verwaltung derselben der Kirche. Erst später wandte die städtische Wohlfahrtspflege dem Armenwesen ihre Aufmerksamkeit zu. Die Armenpflege ging in einem blossen Almosengeben auf. Gegen den Bettel, der zu einer Stadt- und Landplage ausartete, wurden umfangreiche Bettelordnungen erlassen; die berechtigten Almosenempfänger mussten zuweilen ein Abzeichen tragen und die Erlaubniss der Stadtobrigkeit zum Betteln haben, Arbeitsfähige wurden zur Arbeit gezwungen.

Die ältesten Hospitäler sind geistliche Anstalten. Mit dem Auftreten des Aussatzes entstanden städtische Krankenanstalten, sogenannte Siechen- und Malathenhäuser oder Guteleuthöfe, in denen man die Kranken zwangsweise internirte. Diese Anstalten lagen in der Regel vor den Thoren der Stadt und waren meistens lichtlose Gebäude, in denen die Kranken in grossen Sälen zusammengehäuft waren. Als im 14. Jahrhundert der schwarze Tod, die Pest, wüthete, wurden besondere Pest-





mer einen Wandel vorzubereiten, indem gegenüber Krankenhauses als Unterkunftsort armer Kranker die in ihrer Bedeutung für die dadurch ermöglichte bessere technische Behandlung in den Vordergrund trat. Die Häuser standen unter Aufsicht des Rathes, der die Anordnung controlirte. Die Wartung und Behandlung der Kranken Ordensangehörige und später durch die Stadtärzte. Im Mittelalter eine grosse Seltenheit. Zu den ältesten gehundert errichtete Thoren- oder Tollkiste in Hamburg, Kosten der Stadt verpflegt und gekleidet wurden. Mehr Sorge für die Wahnsinnigen, die man von Dämonen der Geistlichkeit.

Eigentliche gelehrte Aerzte giebt es in Deutschland 14. Jahrhundert. Seit dieser Zeit werden auch besondere gestellt. Ausserdem gab es noch städtische Chirurgen und seit dem 15. Jahrhundert werden auch städtische erwähnt.

Entsprechend der Bedeutung des Badewesens in zahllose Stiftungen Privater für Armenbäder; vielfach gegen Gewährung bestimmter Privilegien verpflichtet an bestimmten Tagen den Armen unentgeltlich zu öffnen.

Die Reformation brachte die Ansicht zur Geltung, weltliche Gemeinde gemeinsam wirken sollten, um die Noth und die Noth der Armuth und Krankheit zu lindern. Die ersten wurden zuerst in der Kirchenordnung für Wien 1522 festgesetzt, und weiterhin wurden in der Nürnberger die Grundzüge für eine Organisation der Armen. Bald fanden diese Armenordnungen auch in anderen

ie, ihre Angehörigen im Falle der Verarmung zu unterstützen. Hier-  
 ch wurde zunächst der Begriff der Gemeindeangehörigkeit schärfer  
 gebildet und dadurch in weiterer Folge in der Gemeinde das Be-  
 ben hervorgerufen, den Kreis ihrer Gemeindeangehörigen abzuschliessen

Fremden die Niederlassung zu erschweren. So blieb die Armen-  
 ge als Armenpolizei und Zweig der Sicherheitspolizei überwiegend auf  
 se Abwehrmassregeln gegenüber Bettlern und Vagabonden beschränkt,  
 darauf abzielten, diese Elemente, die die Sicherheit des Eigenthums und  
 Person in hohem Maasse gefährdeten, nach Möglichkeit fern zu halten  
 unschädlich zu machen.

Die Entwicklung einer eigentlichen staatlichen Armenpflege mit der  
 gabe, die Hilfsbedürftigen zu unterstützen, die Gründe der Verarmung  
 erforschen und ihren Ursachen entgegenzuwirken, begann erst mit dem  
 punkt, wo der Grosse Kurfürst die Verwaltung des Landes selbst-  
 dig in die Hand nahm. Die Müssiggänger und Bettler wurden den  
 Imanufacturen überwiesen, die Arbeitsfähigen zum Spinnen ange-  
 en und an eine geregelte Arbeit gewöhnt.

In diesen beiden Richtungen, dem Arbeitszwang für die Arbeitsfähi-  
 und der Armenfürsorge für die Arbeitsunfähigen hat sich in der  
 reizeit das Armenrecht weiter entwickelt und zur Unterscheidung  
 schen Armenpolizei und Armenpflege geführt, von denen erstere  
 wiegend, wenn auch nicht ausschliesslich, abwehrend wirkt, indem  
 die aus der Armuth für die öffentliche Sicherheit und Ordnung ent-  
 ngenden Gefahren zu beseitigen sucht, letztere überwiegend vorbeu-  
 l, indem sie die Fürsorge für die Armen, auch wenn solche Gefahren  
 t vorliegen, zu ihrer Aufgabe macht. Auf dieser Zweigliederung be-  
 e das preussische Armenrecht während des ganzen achtzehnten Jahr-  
 erts. Der Versuch, ein drittes Glied in das Armenrecht einzuführen,  
 es das allgemeine Landrecht that (Th. II, Tit. 19 § 2)), indem es  
 Recht auf Arbeit und die Pflicht des Staates, arbeitsfähigen Armen,  
 en es an Mitteln und Gelegenheit, ihren und der Ihrigen Unterhalt  
 st zu verdienen, fehlt, solche anzuweisen, festsetzte, hat, von allge-  
 en Nothständen abgesehen, niemals praktische Gestalt angenommen.  
 er König Friedrich I. wurde die Armenlast als eine öffentlich recht-  
 e Last erkannt und der Grundsatz aufgestellt, dass jede Obrigkeit  
 die Armen in ihrem Gerichtssprengel, mit denen damals die Armen-  
 rke zusammenfielen, zu sorgen habe. An die Stelle dieser Gerichts-  
 rke traten in Folge des Gesetzes über den Unterstützungswohnsitz  
 Orts- und Landarmen-Verbände. Damit wurde die Armenfürsorge  
 einer communalen Angelegenheit.

Das Gesetz über den Unterstützungswohnsitz vom 6. Juni 1870, ab-  
 ndert durch das Gesetz vom 12. März 1894, bestimmt im § 2, dass  
 öffentliche Unterstützung hilfbedürftiger Norddeutscher — nach nä-  
 er Vorschrift dieses Gesetzes — durch Ortsarmen- und Landarmen-  
 bände geübt wird.

Nach § 10 wird der Unterstützungswohnsitz erworben (wer innerhalb eines Ortsarmenverbandes nach 18. Lebensjahre zwei Jahre lang ununterbrochen seinen Aufenthalt gehabt hat), b) durch Verheirathung, c) durch den Verlust des Unterstützungswohnsitzes tritt ein d) durch den Verlust des Unterstützungswohnsitzes oder durch zweijährige Abwesenheit nach zurückgelegtem 18. Lebensjahre. In der Fassung des Gesetzes vom 12. März 1894:

Wenn Personen, welche gegen Lohn oder Gehalt oder Arbeitsverhältniss stehen, oder deren ihren Untertheilende Angehörige, oder wenn Lehrlinge am Dienste erkranken, so hat der Ortsarmenverband dieses Orts den Erkrankten die erforderliche Kur und Verpflegung zu leisten.

Ein Anspruch auf Erstattung der entstehenden Krankheitskosten bezw. auf Uebernahme des Hilfsbedürftigen durch den Armenverband erwächst in diesen Fällen nur, wenn die Krankheit länger als 13 Wochen fortgesetzt wurde und diese Frist hinausgehenden Zeitraum.

Dem zur Unterstützung an sich verpflichteten Armenangehörigen spätestens sieben Tage vor Ablauf des 13 wöchentlichen Zeitraumes Nachricht von der Erkrankung gegeben werden, widrigenfalls die Kosten erst von dem, sieben Tage nach Ablauf der Krankheit beginnenden Zeitraum an gefordert werden können.

Die Bestimmungen der Absätze 2 und 3 finden Anwendung, wenn das Dienst- und Arbeitsverhältniss, durch welches der Arbeiter am Dienst- oder Arbeitsorte bedingt wurde, nach seiner Dauer durch Vertrag auf einen Zeitraum von einer Woche beschränkt ist.

(Mit Haft wird bestraft:)

10. „wer, obschon er in der Lage ist, diejenigen, zu deren Ernährung er verpflichtet ist, zu unterhalten, sich der Unterhaltungspflicht z. B. der Aufforderung der zuständigen Behörde derart entzieht, dass die Vermittlung der Behörde fremde Hilfe in Anspruch genommen werden muss.“

Indem der Unterstützungswohnsitz junger Leute, der bisher bis zum vollendeten 26. Lebensjahre in der Elterngemeinde war, durch das Gesetz vom 12. März 1894 schon mit dem 20. Lebensjahre in der Eltern- oder in der Minderjährigen-Gemeinde verloren gehen und auf die in der Mehrzahl der Fälle städtische Aufenthaltsgemeinde übergehen kann, auch in Krankheitsfällen die Armenunterstützung der jeweiligen Aufenthaltsgemeinde bis zu 13 Wochen aufrecht erhalten wird, lässt sich eine Verschiebung der Armenlasten zu Gunsten des ländlichen Landes voraussehen.

Das Gesetz, betr. die Ausführung des Bundesgesetzes über den Unterstützungswohnsitz vom 8. März 1871 bestimmt im § 1:

„Jedem hilfsbedürftigen Deutschen ist von dem zu seiner Unter- und Verpflegung verpflichteten Armenverband Obdach, der unentbehrliche Lebensunterhalt, die erforderliche Pflege in Krankheitsfällen und im Falle seines Todes ein angemessenes Begräbniß zu gewähren. Die Unterstützung kann, wenn es in geeigneten Fällen, so lange dieselbe in Anspruch genommen wird, auch in der Unterbringung in einem Armen- oder Krankenhause, sowie mittelst Verleihung der den Kräften des Hilfsbedürftigen entsprechenden Arbeiten innerhalb oder innerhalb eines solchen Hauses gewährt werden.“

Der Ausdruck „hilfsbedürftig“ ist im Gesetz nicht interpretirt. Nach der Rechtsprechung des Bundesamts für das Heimathswesen liegt eine Hilfsbedürftigkeit im Sinne des § 1 des Gesetzes vom 8. März 1871 dann vor, wenn eine Person zwar an sich arbeitsfähig, aber aus anderen Gründen, z. B. wegen mangelnder Arbeitsgelegenheit, sich und ihren Angehörigen den nöthigen Unterhalt zu beschaffen, nicht im Stande ist.

Das Obdach wird auf dem Lande entweder in besonderen Armenhäusern oder durch Unterbringung in Miethswohnungen oder derart gewährt, dass der Gemeindevorsteher die Gemeindesteuerpflichtigen zur Unterhaltung des Obdachs „im Reizeuge“ heranzieht.

Unter „unentbehrlichem Lebensunterhalt“ sind alle zur Existenz nothwendigen Menschen unentbehrlichen Gegenstände zu verstehen.

Die Verwaltung der öffentlichen Armenpflege steht in den Gemeinden überall den für die Verwaltung der Gemeindeangelegenheiten nach den in der Gemeindeverfassungsgesetze angeordneten Gemeindebehörden zu.

Für dieselben können in allen Gemeinden besondere, dem Gemeindevorstand untergeordnete Deputationen aus Mitgliedern der Gemeindeverwaltung und unter Zuziehung anderer Ortsbewohner gebildet werden. Wenn mehrere Gemeinden oder Gutsbezirke zu einem Gesamtarmenverband, so regelt sich die Vertheilung der Kosten der gemeinsamen Armenpflege auf die einzelnen Gemeinden und Gutsbezirke nach Maassgabe der in ihnen aufkommenden Steuersätze.

Der Staatsregierung steht nach Maassgabe der Gemeinde-Verfassungsgesetze die Aufsicht über die Verwaltung der Ortsarmenverbände zu. Streitigkeiten zwischen den verschiedenen Armenverbänden wegen öffentlicher Unterstützung Hilfsbedürftiger werden im Verwaltungsstreitverfahren entschieden.

Die Landarmenverbände wurden durch specielle Königliche Verordnung auf Grund der §§ 26, 27 und 28 des Unterstützungswohnsitz-Gesetzes gebildet, und sind entweder die Kreise, wie in Ostpreussen und im Herzogthum Lauenburg, in Sachsen-Meiningen und Württemberg (Oberamtsbezirke) oder ganze Provinzen — Westpreussen, Brandenburg (ausgenommen Berlin), Schlesien (ausgenommen Breslau), Pommern, Posen, Sachsen, Schleswig-Holstein, Hannover, Westfalen, Rheinland, Hohenzollern —, oder der Staat selber übernimmt die Obliegenheiten des Landarmenverbandes, wie im Königreich Sachsen, in beiden Mecklenburg, in Sachsen-Weimar, Braunschweig etc.

In Preussen unterhalten die Landarmenverbände, soweit sie mit den Provinzen zusammenfallen, Corrections- (Arbeits-) Häuser, mit welchen fast überall Landarmenanstalten zur Pflege einer beschränkten Zahl von Landarmen wie von hilfsbedürftigen Taubstummten und Blinden, soweit nicht deren Unterbringung in besondere Anstalten geboten ist, verbunden sind. Ausserdem sollen dieselben überbürdeten Ortsarmenverbänden Beihilfen gewähren, doch sind, wie hier gleich erwähnt werden soll, in dieser Beziehung die Provinzen sehr zurückhaltend, hauptsächlich aus dem Grunde, weil sie keinen Einfluss auf die Verwaltung der Ortsarmenverbände haben.

Im § 31 des Gesetzes vom 8. März 1871 war den Landarmenverbänden die Befugniss beigelegt worden, diejenigen Kosten der öffentlichen Armenpflege, welche die Fürsorge für Geisteskranke, Idioten, Taubstumme, Sieche und Blinde verursacht, unmittelbar zu übernehmen. Diese Befugniss ist, soweit es sich nicht um Sieche handelt, durch den Artikel I des Gesetzes vom 11. Juli 1891, betr. die Abänderung der §§ 31, 65 und 68 des Ausführungsgesetzes vom 8. März 1871 in eine Verpflichtung umgewandelt. Es haben danach die Landarmenverbände für Bewahrung, Kur und Pflege der bezeichneten Kategorien von Hilfsbedürftigen, mit Ausnahme der Siechen, soweit sie der Anstaltspflege bedürfen, in geeigneten Anstalten Fürsorge zu treffen, und zwar unter Bethheiligung der Kreise und Ortsarmenverbände. Die gleiche Verpflichtung ist den Ortsarmenverbänden bezüglich der im § 31 des Gesetzes vom 8. März 1871 nicht besonders erwähnten hilfsbedürftigen Epileptischen, für welche eine Anstaltspflege erforderlich ist, auferlegt worden. Die Bestimmungen über Aufnahme und Entlassung der Anstaltsbedürftigen, sowie über die Vertheilung der Kosten sind durch besondere, seitens der Provinzialverwaltung zu beschliessende und durch den Minister zu genehmigende Reglements festzusetzen.

Die Aufsichtsbehörden haben dafür zu sorgen, dass die Ortsarmen-

nde ihren gesetzlichen Verpflichtungen gegen Unterstützungsbedürftige kommen, unbeschadet der den Polizeibehörden zustehenden Befugniss Pflicht (Allg. Landrecht Theil II, Titel 19, § 15) für die vorläufige bringung unterstützungsbedürftiger, insbesondere obdachloser Person Sorge zu tragen (Oberverwaltungsgericht, Entsch. I 337, VII 129). Die Kosten, welche für die Verpflegung eines erkrankten oder arnfähigen Hilfsbedürftigen im Alter von 14 und mehr Jahren in preussischen Armenverband entstanden sind und von einem anpreussischen Armenverbände zu erstatten sind, wurden durch beeren Tarif vom 2. Juli 1876 festgesetzt.

Das Reichsgesetz, betr. den Unterstützungswohnsitz, welches urglich nur für den Norddeutschen Bund Geltung besass, trat in Folgestagsbeschlusses vom 8. November 1871 mit dem Jahre 1873 auchönigreich Württemberg und im Grossherzogthum Baden in Kraft. Neben dem Bundesgesetz über den Unterstützungswohnsitz existirtutschland auf diesem Gebiete noch die besondere bayrische und dieidere elsass-lothringische Gesetzgebung. Erstere hat an dem Heisrecht festgehalten, das entweder durch Abstammung, Verheirat, Anstellung eines Beamten in einer Gemeinde oder durch Verg seitens der Gemeinde erworben und nur durch Erwerb einerHeimath in Bayern, wozu eine fünfjährige Frist erforderlich ist, durch Verlust der bayrischen Staatsangehörigkeit verloren wird. Inrn sind die Organe der öffentlichen Armenpflege die Armenpflegtsrätthe, deren jedem der Ortsgeistliche, der Gerichtsarzt oder ein ter am Orte ansässiger Arzt und eine beliebige Zahl von der Gede zu wählender Mitglieder angehören. Der Vorstand des Armenschaftsraaths ist in den städtischen und den sämmtlichen Pfälzerinden der Bürgermeister, in den übrigen der Pfarrer. Den Districtsinden liegt die Unterstützung der mit Armenlasten überbürdeten schen Gemeinden und die Einrichtung von Anstalten, in welchen Aufnahme finden können, ob. Ueber der Districts-Armenpflege die Kreis- (Bezirks-) Armenpflege, von der bedürftige Districtsinden unterstützt und öffentliche Anstalten für Arme und Geisteske begründet und unterhalten werden.

In Bayern ist die Antheilnahme grösserer Verbände am Armenwesen auf der letzten Jahrzehnte fortschreitend weiter ausgebildet und reh bereits eine wesentliche Entlastung der örtlichen Armenverbände egeführt. Das Gesetz vom 29. April 1869 weist den Districts-enverbänden als obligatorische Aufgaben zu: 1. Die Unterstützung mit Armenlasten überbürdeten Gemeinden des Districts. 2. Diehaltung der bestehenden Districts-Wohlthätigkeits- und Krankenulten. 3. Die Ansammlung und allmähliche Vermehrung eines besonDistricts-Armenfonds — und als facultative Aufgaben die Erung von Districts-Armenhäusern, Beschäftigungsanstalten, Armenien und Krankenhäusern, sowie von Districtsanstalten zur Erziehung

1. Der Antrag wird einstimmig angenommen. Der Kreisrat hat die Reformen  
2. Der Antrag wird einstimmig angenommen. Der Kreisrat hat die Reformen  
3. Der Antrag wird einstimmig angenommen. Der Kreisrat hat die Reformen

In der Elsass-Lotharinger bestanden weder Unterstützungs- noch Armenvereine. Die im Jahre 1890 französische Gesetzgebung kennt die Armenpflege nicht mehr als Gemeindefürsorge zur öffentlichen Unterstützung. Wohlthätigkeit ist demnach nicht mehr die Aufgabe der Gemeinde, sondern überlässt die Fürsorge für die Armen der Privatthätigkeit. Nur für gewisse Klassen von Hilfbedürftigen, verwahrloste und verlassene Kinder, arme Gesessenen, sind die Gemeinde-Departements zu sorgen. Im Uebrigen stehen die Armenpflege der Gemeinden eine facultative und in der Regel der Hospitäl- und Wohlthätigkeitsbureaus gelegen. Letztere mit der Rechten einer Anstalt der Fürsorge ausgerüstet, stehen unter der Verwaltung eines vom Gemeinderath ernannten Armenrathes, mit dem Bürgermeister an der Spitze, und unterstützen diejenigen Personen, welche der Gemeinde eine Unterstutzungswohnsitz, domicile de secours, besitzend, ihren Wohnort ausser dem gewöhnlichen Aufenthalts der Mutter und unzulänglichen Aufenthalt nach erlangter Grossjährigkeit, haben. Die Mittel der Wohlthätigkeitsbureaus stammen aus den Erträgen von Kapiteln, Stiftungen, Wohlthätigkeitslotterien, Sammlungen und Abgaben auf öffentliche Vergewaltungen. In die Hospitäl- muss, soweit Platz ist, jeder arbeitsfähige Hilfsbedürftige aufgenommen werden. In der offenen Armenpflege wird armen Kranken freie ärztliche Behandlung und Arznei gewährt, ausserdem, nach Bedarf Gebrauchsgegenstände geliefert. Zu einem Theil werden die Kosten hierfür aus Staatsgeldern, zu die Gemeinden freiwillig in ihren Etat aufnehmen, um zu einem Theil den Wohlthätigkeitsbureaus zu überweisen. In Nothfällen können auch der Staat den Armenbureaus Unterstützungen und beibringen ausserdem die Armenpflege dadurch, dass er Taubstumm-, Blinde und Geisteskranke in seine Landesanstalten aufnimmt. In den wenigen Gemeinden, wo ein Wohlthätigkeitsbureau fehlt, gibt es auch keine eigentliche Armenpflege, sie ist aber auch in den Städten, wo Lotterien, und Hauscollecten vielfach unzulängliche Mittel gewahren. Wie mangelhaft die Fürsorge unter dem freiwilligen System ist, erhellt daraus, dass im Jahr 1890 von 1697 Gemeinden Elsass-Lothringens nahezu zwei Drittel überhaupt keinen Armenrath hatten.

Neben diesen allgemeinen gesetzlichen Bestimmungen, zu denen das allgemeine Landrecht, das Kranken- und das Alters- und Invalidenversicherungsgesetz hinzutreten, sind von territorialen Armenengesetzen speziell die Armenordnung im Königreich Sachsen vom 20. October 1844 und 18. September 1856 in Kraft geblieben. In Preussen hat das Allgemeine Landrecht sowohl die privatrechtliche als auch die öffentliche Verpflichtung zur Versorgung der Armen festgestellt (Th. II., Titel 13 §§. 10 und 15).

Was die ausserdeutschen Länder betrifft, so war es in England, von den Organisationsversuchen abgesehen, das Armengesetz vom 14. August 1834 durch das das Armenwesen nachhaltig und einheitlich organisiert. An der Spitze des Armenwesens steht das Poor Law Board. Armenverbände (Unions) haben eine durchschnittliche Einwohnerzahl von ca. 25000 Seelen und stehen unter einem gewählten Armenrath (Board of guardians), zu dem in jedem Falle der Friedensrichter gehört. Der Armenrath war verpflichtet, einen oder mehrere Armenärzte (District medical officer) anzustellen und zu besolden; die Bezirke derselben dürfen nicht grösser als eine Quadratmeile sein und höchstens 15000 Einwohner umfassen. Die grosse Verschiedenheit der englischen und deutschen Armenpflege findet auch äusserlich ihren Ausdruck darin, dass es in England im Jahre 1891 nur 648 örtliche Armenverbände (Unions and Poor Law Unions) gab, in Preussen dagegen, dessen Bevölkerung ungefähr der von England und Wales gleichkommt, 47368. Die Ortsarmenverbände sind demnach in England, trotz fortschreitender Tendenz sie zu verkleinern, durchschnittlich 70mal so gross als in Preussen. Die erforderlichen Mittel bringen die Armenverbände durch eine besondere Armensteuer auf. Auf dieser Organisation des Armenwesens ist das englische Gesundheitswesen, das mit dem Erlass des Gesundheitsgesetzes im Jahre 1875 nach der Seite der Organisation seinen vorläufigen Abschluss erreicht hat, aufgebaut, nachdem schon im Jahre 1871 alle Rechte und Pflichten des Poor Law Board auf das Local Government Board übergegangen waren und damit die Armenpflege zu einem integrierenden Theil der öffentlichen Gesundheitspflege erklärt war.

Der Mittelpunkt der englischen Armenpflege ist das Armen-Arbeitshaus (Workhouse). Ist der Bittsteller bereit, ins Arbeitshaus zu gehen, damit seine Noth bewiesen, ist er es nicht, so soll er gänzlich verlassen werden; nur ausnahmsweise werden Unterstützungen ausserhalb des Arbeitshauses gewährt. Das Bestreben in England geht dahin, die geschlossene Armenpflege immer mehr auf Kosten der offenen Armenpflege auszudehnen. Die Zahl der Unterstützten lässt in England eine stete Abnahme in den letzten Jahren erkennen, und zwar ging sie von 48,8 auf 1000 im Jahre 1858 auf 26,5 im Jahre 1891 zurück. Im Gegensatz zu Deutschland und Preussen, wo die Städte die höchsten Armenziffern zeigen, scheint in England die Armenziffer in den ländlichen Gemeinden grösser zu sein als in den Städten, was auf eine strengere Handhabung des Workhousegesetzes und die dadurch erzielte abschreckende Wirkung in den ländlichen Gegenden zu deuten scheint. Zur Zeit sind etwa 25 Procent aller unterstützungsbedürftigen in den Arbeitshäusern untergebracht. Alle unterstützungsbedürftigen — Männer, Frauen, Greise, Kinder, Einzelne, wie ganze Familien, letztere von einander getrennt — werden in den Workhouses untergebracht, die mit Armenschulen verbunden sind und zeitig Krankenabtheilungen enthalten: nur ansteckende Kranke



sehen, den besondern Bedürfnissen und Geisteskranken entsprechenden Anstalten überwiesen werden, jedoch ist immer noch ein erheblicher Theil der Irren in diesen Arbeitshäusern untergebracht. Bezüglich des Zustandes dieser Wirkstätten, der bisher zu erheblichen, und zwar nicht ohne hygienischen Bedenken Anlass gab, bedingt durch das Zusammenleben der verschiedensten Altersklassen und Geschlechter, der Gesunden und Kranken, lautet in letzter Zeit die Berichte etwas günstiger; immerhin muss zugestanden werden, dass der längere Aufenthalt in denselben, insbesondere auf Kinder und ledige Mädchen, vielfach einen sittlich ungünstigen Einfluss ausübt.

Um die neben der öffentlichen Armenpflege bestehende Privatwohlthätigkeit in eine organische Beziehung zur amtlichen Armenpflege zu bringen, bestehen in London und einer Reihe grösserer Städte seit 1870 Gesellschaften zur Regelung der Wohlthätigkeit, welche ein planmässiges Zusammenwirken der verschiedenen Wohlthätigkeitsvereine und Bestrebungen mit der öffentlichen Armenpflege erstreben.

Noch mehr wie in England beschränkt sich in Amerika die öffentliche Armenfürsorge auf die sogenannte geschlossene Armenpflege und lässt nur in besonderen Ausnahmefällen Unterstützungen aus öffentlichen Mitteln ausserhalb der Anstalten zu.

In Frankreich, mit Ausnahme von Paris, dessen Armenwesen im Jahre 1849 durch besonderes Gesetz geregelt wurde, waren es, wie in Elsass-Lothringen, die unter der Verwaltung der Gemeinden stehenden Hospices und Hôpitaux-Hospices, denen alle bedürftigen Kranken überwiesen wurden, und die Wohlthätigkeitsbureaus Bureaux de bienfaisance, denen bis vor Kurzem die Handhabung der Armenpflege, wenn auch nur facultativ, oblag. Die Aufsicht über die Wohlthätigkeitsbureaus führte das Bureau de l'assistance publique. Mit Ausnahme der Fürsorge für Waisen und Irre, die gesetzlich den Departements obliegt, war bis zu dem Gesetz vom 15. Juli 1893 der Zustand der geschlossenen Armen-Krankenpflege namentlich auf dem Lande ein höchst unvollkommener. In den Gemeinden, die keine Spitäler hatten, war für die Anstaltsbedürftigen keinerlei Fürsorge getroffen, da die Spitäler fast ausschliesslich nur Kranke aus der Gemeinde aufnahmen, in welcher sie gelegen waren. Nicht minder mangelhaft war der Zustand der häuslichen Krankenpflege, da die Wohlthätigkeitsämter nur in einem kleinen Theil der Gemeinden überhaupt vorhanden waren. Noch neuerdings waren  $\frac{3}{5}$  der Gemeinden in Frankreich ohne solche Wohlthätigkeitsämter. Eine Reihe von Departements waren daher sehr früh dazu übergegangen, die Krankenpflege Unbemittelter für sich zu organisiren, wobei entweder auf das System der Cantonalärzte zurückgegriffen oder den unbemittelten Kranken die Wahl des Arztes freigestellt wurde. Mehrfache Versuche, eine allgemeine Reorganisation des Armenwesens herbeizuführen, hatten keinen Erfolg, bis endlich durch das Gesetz vom 15. Juli 1893 eine Organisation wenigstens der Armenkrankenpflege geschaffen wurde.

Dies Gesetz bestimmt, dass jeder kranke Franzose, wenn er mittelst, von der Gemeinde, dem Departement oder dem Staat, je nach dem Unterstützungswohnsitz, kostenlose Krankenpflege entweder in der Wohnung, oder, wenn dort eine zweckmässige Pflege ausgeschlossen in einem Spital erhält. Wöchnerinnen stehen den Kranken gleich. Unterstützungswohnsitz wird erworben: erstens, durch einen einjährigen Aufenthalt in einer Gemeinde, der nach erlangter Grossjährigkeit geschehener Grossjährigkeitserklärung begonnen hat, zweitens durch Heirat, und drittens durch Eheschliessung. Der Unterstützungswohnsitz geht verloren: erstens, durch ununterbrochene einjährige Abwesenheit nach erlangter Volljährigkeit oder nach erlangter Volljährigkeitserklärung, zweitens, durch Erwerb eines anderweitigen Unterstützungswohnsitzes. Hat der mittellose Kranke in keiner Gemeinde den Unterstützungswohnsitz, so fällt die Krankenpflege dem Departement zur Last, welchem er den Unterstützungswohnsitz erworben hat. Hat der Kranke in einer Gemeinde noch in einem Departement seinen Unterstützungswohnsitz, so liegt die Krankenpflege dem Staate ob. Jede Gemeinde wird für die Behandlung ihrer Kranken einem oder mehreren der besten Spitäler zugewiesen. Kann ein Kranker in seiner Wohnung zweckmässig verpflegt werden, so stellt der Arzt ein Zeugnis über die Zulassung in das Spital aus. Dieses Zeugnis bedarf der Genehmigung des Vorstandes des Pflegeamts (Bureau d'assistance) oder seines Stellvertreters. Dem Pflegeamt, das in jeder Gemeinde zu bilden ist, liegt die Verwaltung der Krankenpflege ob. Der Verwaltungsausschuss tritt mindestens viermal jährlich zusammen und ergänzt die Krankenpflegeliste, welche alle diejenigen Personen enthält, die auf unentgeltliche Pflege Anspruch haben. In Eilfällen zwischen zwei Sitzungsperioden kann das Pflegeamt einen nicht in die Liste eingetragenen Kranken vorläufig aufnehmen. Die Spitäler erhalten von den verpflichteten Gemeinden für die Unterhaltung von Kranken Pflegegelder, und zwar darf der Pflegesatz nicht mehr als die Hälfte desjenigen Preises heruntergehen, welcher aus den Selbstkosten, wie sie in den letzten 5 Jahren festgestellt wurden, sich ergibt. Die ordentlichen Ausgaben der öffentlichen Krankenpflege setzen sich zusammen aus den Honoraren der Aerzte, Wundärzte und Hebammen, den Ausgaben für Arzneien und Heilmittel und aus den Kosten der Hausverpflegung der Kranken. Soweit die Einnahmen der Gemeinden nicht ausreichen, sind sie befugt, Zuschläge zu den directen Steuern und Octroiabgaben auszuschreiben, doch bedürfen dieselben der Genehmigung der vorgesetzten Verwaltungsbehörde. Für die Höhe derselben, so für die Beihilfen, wie sie seitens des Departements und des Staates gegenüber bedürftigen Gemeinden gezahlt werden, ist ein sehr complicirtes System festgesetzt, und zwar variiert der Antheil, den das Departement den Gemeinden zu ersetzen hat, zwischen 10 und 80 Procent des Beitrag, den der Staat den Departements zu vergüten hat, zwischen 10 und 70 Procent. So vollkommen in vieler Hinsicht dieses französische Gesetz ist, muss es als ein Mangel bezeichnet werden, dass

für die Errichtung neuer Spitäler nicht ausreichend Fürsorge getrieben ist, und dass die Art der Fürsorge der Krankenpflege zu wenig bestimmt ist. Der bisherige Streit, ob das System der freien Ärzte oder das System des bestellten Cantonarztes besser ist, wird nach vor fort dauern und ausserdem bleibt der Mangel, dass dem Arzte keine bestimmten Bezüge gesichert sind. Ein Vorzug des Gesetzes ist die erheblichere Betheiligung der grösseren Verbände an den Ausgaben. Departements, die in Frankreich die Stellung unserer Landarmenverbände einnehmen, haben dort einen erheblichen Theil der Kosten der Krankenpflege zu tragen, während bei uns dieses Ziel trotz des neuen preussischen Gesetzes über die ausserordentliche Armenlast immer noch zu streben bleibt.

Nicht ausreichend ist die Fürsorge für die Pflege der Idioten und missgebildeten Kinder, da hierfür eine Verpflichtung der öffentlichen Verbände bisher nicht besteht. Gut bewährt hat sich im Allgemeinen das Kinderschutzgesetz vom 23. December 1874, das den Schutz von Leben und Gesundheit der in Pflege und Kost gegebenen jungen Kinder zweckt. Danach stehen alle gegen Entgelt in Pflege befindlichen Kinder von weniger als 2 Jahren unter öffentlichem Schutz und unter Aufsicht des Präfecten, der hierbei von einem sachverständigen Comité unterstützt wird. Von besonderer Bedeutung ist die in dem Gesetz vorgesehene monatlich stattfindende ärztliche Inspection der Pflegekinder, von der eine Einrichtung, obwohl dieselbe nicht als rechtliche Verpflichtung den Departements aufgegeben ist, doch ein grosser Theil der Departements Gebrauch gemacht hat. Auf den Schutz verwahrloster oder gemissbrauchter Kinder beziehen sich die Gesetze vom 20. December 1874 und vom 24. Juli 1889, von denen namentlich das letztere Gesetz eine durch richterliches Urtheil auszusprechende Entziehung der elterlichen Gewalt in weitem Umfange vorsieht.

In Italien verpflichtete das Gesetz vom 22. December 1888 die Gemeinden zur Sicherstellung armenärztlichen Beistandes, während das Gesetz über die öffentliche Sicherheit vom 30. Juni 1889 für arbeitsunfähige Arme Fürsorge getroffen wurde. Die Fürsorge für Geisteskranken und Findelkinder ist ganz oder grössten Theils eine Last der Provinzen. Die Gemeinden oder Gemeindeverbände haben für unentgeltlichen ärztlichen, wundärztlichen und geburtshülfflichen Beistand der Armen Sorge zu tragen durch Anstellung von Gemeinde-Gesundheitsbeamten, Wundärzten und Hebammen. Daneben wirken segensreich die sehr zahlreichen Wohlthätigkeitsanstalten, in denen Krüppel, Unheilbare, Sittlichkeitsverderbte und Kranke aufgenommen werden. Im Jahre 1891 ging die Verwaltung der sämmtlichen opere pie auf den Staat über.

In Belgien ist durch das Gesetz vom 27. November 1892 die Unterstützungswohnsitz theilweise abgeschafft und die Zeit der zur Erlangung nöthigen Ansässigkeit abgekürzt. Jedem Dürftigen soll in der Gemeinde, in der er sich befindet, Unterstützung geleistet werden. Für Kranke, die in Krankenhäusern verpflegt werden, für Kinder

ise ist das Princip des Unterstützungswohnsitzes beibehalten. Die Kosten für Bewachung, Cur und Pflege von hilfsbedürftigen Geisteskranken, Taubstummen und Blinden fallen zu  $\frac{1}{4}$  dem Staate, zu  $\frac{1}{4}$  der Provinz und zur Hälfte den gemeinsamen, aus Beiträgen der einzelnen Gemeinden gebildeten Fonds zur Last. Zum Zwecke der kostenlosen öffentlichen Armenkrankenpflege haben die Gemeinden entweder in Verbindung mit den Armenämtern einen Krankendienst einzurichten oder mit den Spitalverwaltungen Vereinbarungen zu treffen oder für angemessene Verpflegung und Behandlung im Hause zu sorgen.

In Holland ruht die Armenpflege in erster Linie in den Händen der Kirche, und nur, wenn diese die Unterstützung versagt, tritt die Gemeinde ein. Die Unterstützung von Seiten der Kirche wird aber in der Regel erst bei mehrjähriger Zugehörigkeit zu der betreffenden Religionsgemeinschaft gewährt und bei unkirchlichem Lebenswandel wieder entzogen. Einen Rechtsanspruch auf Armenunterstützung von Seiten der Gemeinden, sei es derjenigen des Geburtsorts oder des Wohnsitzes giebt es nicht; auch sind Armenhäuser und Arbeitshäuser selten. Wenn auch in Holland gegenüber die private Wohlthätigkeit in Holland sehr entwickelt ist, so wie wir auch in kleineren Städten fast überall Ferienkolonien, Volkshäuser etc. antreffen, bleibt doch eine Organisation der öffentlichen Armenpflege in Holland ein dringendes Bedürfniss.

In Oesterreich folgte auf die etwa bis zum 15. Jahrhundert reichende Periode der geschlossenen Armenpflege in kirchlichen Anstalten und Klöstern eine Zeit, in der die Stiftungen mehr und mehr der öffentlichen Armenpflege zugewandt und zugleich polizeiliche Maassregeln zur Beseitigung von Armuth und Bettelei ergriffen wurden. Einen völligen Umschwung bedeutet die in den achtziger Jahren des vorigen Jahrhunderts erfolgte Gründung der Pfarr-Armeninstitute, deren Grundstock aus alten Stiftungen und Schenkungen bildeten. Da jedoch diese Einkünfte die Bestreitung der öffentlichen Armenpflege nicht ausreichten; wurden

den Armeninstituten gewisse Einkünfte aus anderen Fonds gesetzlich gewährt, und als auch diese nicht ausreichten, die Inanspruchnahme der öffentlichen Wohlthätigkeit durch regelmässige Sammlungen gestattet. Die Entwicklung der Armeninstitute gestaltete sich in den verschiedenen Ländern verschieden. Das Verhältniss der Zahl der Institute zur Einwohnerzahl ist am günstigsten in Tirol, wo seit Alters her eine intensive Armenpflege besteht, und wo auf 1066 Einwohner ein Institut entfällt; folgen Salzburg, Schlesien, Böhmen; die geringste Zahl der Institute findet sich in Galizien und der Bukowina. Das Gemeinde-Gesetz

vom 17. März 1849 verpflichtete die Gemeinden in den Fällen, in denen die Mittel der Wohlthätigkeitsanstalten zur Armenversorgung nicht ausreichten, das Fehlende aus der Gemeindekasse zu bestreiten. Der in der österreichischen Gesetzgebung festgehaltene Grundsatz, dass die Pflicht der Armenversorgung in letzter Linie die Heimathsgemeinde trifft, hat auch im Armen-Gesetz Ausdruck gefunden. Der Anspruch auf Armenunter-

stützung ist in Oesterreich ein Ausfluss des Heimathsrechts in der Gemeinde.

Die Verwaltung der Armeninstitute lag in der Hand der Pfarren, denen sog. Armenväter, aus den angesehensten und vertrauenswürdigsten Gliedern der Gemeinde gewählt, und ein Rechnungsführer zur Seite gesetzt wurden. Die Gemeinden waren zur Anstellung von Armenärzten nicht durchweg verpflichtet; wo solche nicht angestellt waren, traten die staatlichen Sanitätsbeamten subsidiär ein, und übernahm der Staat, insoweit es sich um epidemische Krankheiten handelte, die Kosten für die Behandlung armer Kranker. Nachdem durch das Reichs-Sanitätsgesetz vom 30. April 1870 die Organisation des Gemeinde-Sanitätsdienstes den Landesvertretungen übertragen war, ging die Armenpflege allmählich auf die politischen Gemeinden über, jedoch ist dieser Schritt zur Zeit noch nicht in allen Landestheilen durchgeführt. In den Nordwest- und Alpenländern ist dieser Entwicklungsgang bereits beendet, obwohl auch hier noch einige Städte mit kirchlicher (Salzburg) oder Vereinsarmenpflege (Gablonz) sich finden. Mit Ausnahme von Salzburg, Görz und Gradiska hat der Gemeinde-Sanitätsdienst inzwischen in allen Ländern Cisleithaniens eine gesetzliche Grundlage erhalten. Danach ist jede Gemeinde verpflichtet, zum Zwecke der entsprechenden Versorgung der ihr mit dem § 5 des Reichs-Sanitäts-Gesetzes vom 30. April 1870 zugewiesenen Sanitätsangelegenheiten, wozu auch die Fürsorge für Hülfeleistungen bei Erkrankungen gehört, entweder für sich allein, oder im Verein mit anderen Gemeinden einen Gemeindearzt, dessen Dienstbezüge durch besonderes Uebereinkommen festzusetzen sind, zu bestellen. In Mähren wurde der Gemeinde-Sanitätsdienst durch das Gesetz vom 10. Februar 1884 geregelt, so dass Ende 1886 die Organisation als durchgeführt bezeichnet werden konnte. Gegenwärtig besitzt Mähren 331 Sanitätsdistricte und 58 Sanitätsgemeinden, von denen 206 Districte und 3 Gemeinden vom Lande subventionirt werden. Das Gehalt der angestellten Ärzte beläuft sich in den subventionirten Landestheilen auf durchschnittlich 373, in den nicht subventionirten Landestheilen auf 317 Gulden. Desgleichen war in Galizien im Sinne des Landesgesetzes vom 2. Februar 1891 die Organisirung des Sanitätsdienstes im Jahre 1893 in 44 selbstständigen Sanitätsgemeinden durch Anstellung von 61 Stadträzten mit einem Kostenaufwande von jährlich ca. 46000 Gulden durchgeführt; ausserdem besaßen noch 93 Städte Gemeindeärzte. Schon vorher war der Gemeinde-Sanitätsdienst in den Kronländern Dalmatien, Istrien, Kärnten, Tirol und Vorarlberg und weiterhin in Böhmen, der Bukowina, Krain und Steiermark geregelt, desgleichen in Oberösterreich durch das Gesetz vom 22. September 1893, während in Schlesien der Gemeinde-Sanitätsdienst erst im Jahre 1895 gesetzlich eingeführt wurde. Durch die Bestimmungen dieser Gesetze, welche in den einzelnen Kronländern verschieden lauten, wurden kleinere Gemeinden zu Sanitätssprengeln vereinigt, während grössere einen Sprengel für sich bilden. In jedem dieser Sprengel functionirt ein Arzt, der in einigen Kronländern

an den Vertretungen der Sprengel ernannt, in andern von diesen nur vorgeschlagen und vom Landesausschusse ernannt wird, während in einigen Kronländern unter gewissen Bedingungen noch beide Modalitäten in Betracht greifen. Der bestellte Arzt, welcher in Eid genommen wird, beides ein öffentliches Amt. Seine Bezüge, die er in einigen Kronländern von den Gemeinden, event. mit Beiträgen des Landes, in anderen nur vom Lande erhält, sind in den einzelnen Kronländern verschieden geregelt. So bezieht der Districtsarzt in Krain, der Anspruch auf Alterszulage und Pension hat, ein Gehalt von 600 bis 800 Gulden, während in andern Kronländern die Bestimmung der Bezüge dem Uebereinkommen mit den Gemeinden oder den Vertretern des Sprengels überlassen ist. Einige Gesetze normiren hierbei Minimalgehälter von 4 bis 500 Gulden. Anspruch auf Pension haben jedoch gegenwärtig nur die Aerzte in Krain. Dienstinstructionen bestimmen in den meisten Kronländern den Umfang der Thätigkeit dieser Gemeindeärzte. Zur Competenz der Staatsverwaltung gehört in Oesterreich ausser der Oberaufsicht über das gesammte Sanitätswesen und das Sanitätspersonal sowie die oberste Leitung der Medicinalangelegenheiten die Oberaufsicht über Kranken-, Irren-, Blind- u. s. w. Anstalten, Impfinstitute, Siechenhäuser etc., Handhabung der Gesetze über ansteckende Krankheiten, über Epidemien sowie Thierseuchen, über den Verkehr mit Giften und Medicamenten, die Leitung des Impfwesens, die Regelung und Ueberwachung des gesammten Apothekenwesens, die Anordnung und Vornahme sanitätspolizeilicher Obduktionen, die Ueberwachung der Todtenschau und des Begräbnisswesens. In den Gemeinden obliegt in selbständigem Wirkungskreise:

- a) die Handhabung der sanitätspolizeilichen Vorschriften in Bezug auf Strassen, Wege, Plätze, Wohnungen, Canäle, Senkgruben, fliessende und stehende Gewässer, Trink- und Nutzwasser, Lebensmittel, öffentliche Badeanstalten,
- b) die Fürsorge für die Erreichbarkeit der nöthigen Hülfe bei Erkrankungen und Entbindungen sowie für Rettungsmittel bei plötzlichen Lebensgefahren,
- c) die Controle der nicht in öffentlichen Anstalten untergebrachten Findlinge, Taubstummen, Irren und Idioten sowie die Ueberwachung der Pflege dieser Personen,
- d) die Einrichtung, Instandhaltung und Ueberwachung der Leichenkammern und Begräbnissplätze,
- e) die sanitätspolizeiliche Ueberwachung der Viehmärkte und Viehheide,
- f) die Errichtung und Instandhaltung der Wasenplätze.

Ausser diesen sind den Gemeinden noch folgende Functionen auf sanitätspolizeilichem Gebiet vom Staate übertragen worden:

- a) die Durchführung der örtlichen Vorkehrungen zur Verhütung ansteckender Krankheiten und ihrer Weiterverbreitung,
- b) die Handhabung der sanitätspolizeilichen Verordnungen und Vorschriften über Begräbnisse,

- c) die Todtenschau,
- d) die Mitwirkung bei allen von der politischen Behörde im Gemeindegebiet vorzunehmenden sanitätspolizeilichen Augenscheinen Commissionen, insbesondere bei der öffentlichen Impfung, Obduction Verhütung von Viehseuchen,
- e) unmittelbare Ueberwachung der in der Gemeinde befindlichen privaten Heil- und Gebäranstalten,
- f) unmittelbare Ueberwachung der Wasenplätze und Wasenmeiden,
- g) periodische Erstattung von Sanitätsberichten an die politischen Behörden.

In Städten mit eigenem Statut, das heisst in selbständigen Städten bestehen ein oder mehrere von der Stadtvertretung bestellte Stadträthe, welchen sowohl die Functionen der Gemeindeärzte wie die der k. k. Bezirksärzte übertragen sind.

In Niederösterreich, dessen Armenwesen gleichfalls dringend reformbedürftig war, wurde durch das Gesetz vom 13. October 1896 das individualisirende Elberfelder System, das bisher nur vereinzelt in einigen Städten der Monarchie (Trautenau u. a.) zur Durchführung gelangt war, mit Ausnahme von Wien, für die gesamte Armenverwaltung eingeführt, und gleichzeitig sämtliche Armenverwaltungen sowohl der Städte, wie des flachen Landes zu grösseren Armenverbänden zusammengefasst, die gemeinschaftlich verwaltet werden und aus gemeinschaftlichen Mitteln wirtschaften. Dieses Gesetz erst durch die Zusammenlegung der Gemeinden zu grösseren Armenbezirken eine Ausgleichung zwischen leistungsunfähigen und wohlhabenden Gemeinden. Abweichend von dem Elberfelder System sind die Armenpfleger und die Armencommissionen von der Vertheilung der Unterstützungen, über die der Bezirksarmenrath entscheidet, ausgeschlossen. Sehr nachahmungswerth ist die vom niederösterreichischen Landtag beschlossene Bestellung von 6 Armeninspectoren, welche das Land nach allen Richtungen zu bereisen, das Armenwesen prüfen, die Ausübung der Armenpflege zu überwachen und über Erfahrungen dem Landesauschusse zu berichten haben.

Ein gesetzlicher Kinderschutz ist in Steiermark eingerichtet. Das im Jahre 1896 in Kraft getretene Kinderschutz-Gesetz bezieht sich auf Kinder unter 2 Jahren. Die Ueberwachung der Kinder geschieht durch den Ortsarmenrath, und zwar durch eines seiner Mitglieder, vierteljährlich mindestens einmal. Ausserdem hat der Gemeindefeldarzt jedes Kind bis 4 Wochen nach seiner Uebergabe in die Pflege zu inspiciiren und die jährlich zweimaligen Besuche sich von dem Befinden desselben zu überzeugen. Besonders werthvoll ist die Bestimmung, dass der Landesrath auf Bestellung einer wirksamen Vormundschaft sowie auf Wahrung der Rechte der Pflegekinder hinzuwirken hat.

Seit dem Inkrafttreten der Gemeinde-Sanitätsorganisation in Oesterreich ist die allgemeine Erkenntniss von der Nothwendigkeit und Nützlichkeit

chkeit sanitärer Verbesserungen entschieden Fortschritte gemacht. Die Armenbehandlung wird erfolgreich durchgeführt, und die Todtenschau liegt durchweg den Aerzten ob. Bemerkenswerth ist vor Allen die Abnahme der Sterblichkeit an Infectionskrankheiten seit Einführung der Organisation.

Während in Deutschland und Oesterreich die Fürsorgepflicht eine Consequenz des der Gemeinde obliegenden Berufes ist, für die Erfüllung der Aufgaben des örtlichen Gemeindelebens zu sorgen, ist dieselbe in der Mehrzahl der Schweizer Cantone mehr ein Ausfluss des durch den corporativen Verband gegebenen Verhältnisses der Gemeindegossen zu einander und hat hier sogar zur Scheidung der Gemeinde in eine Armen- und Bürgergemeinde einerseits und eine Einwohnergemeinde andererseits geführt. Die Zugehörigkeit zu ersterer, der die Pflicht der Armenversorgung obliegt, wird durch Abstammung oder Einkauf, die zu letzterer durch thatsächliches Wohnen erworben. Nach dem Armengesetz des Cantons Bern vom Jahre 1857/58 ist die Armenpflege eine örtliche, auf dem Princip der Einwohnergemeinde beruhende. Das Gesetz unterscheidet zwei Arten von Armen, die Notharmen, die, ohne jedes Vermögen, nicht im Stande sind, durch geistige oder körperliche Arbeit für ihren Unterhalt zu sorgen, und die Dürftigen, die zwar arbeits- und erbsfähig, aber zeitweise an den unentbehrlichsten Bedürfnissen des Lebens Mangel leiden. Der Etat beider Klassen von Armen wird getrennt verwaltet. Der Staat theilt sich an der örtlichen Pflege der Notharmen durch directe Beiträge an die Gemeinde-Armenbehörde. Die Behörden für die Notharmenpflege sind in erster Linie die Gemeindegewerkschaften, welchen die Feststellung des Notharmen-Etats, die Führung des Rechnungswesens und die Versorgung der Notharmen obliegt. Hierin werden dieselben controlirt durch die vom Staate bestellten Armeninspicienten. Die Pflege der zweiten Klasse von Armen, der „Dürftigen“, beruht nach dem Gesetz die „organisirte freiwillige Wohlthätigkeit“, zu welchem Zweck den Gemeinden die Bildung besonderer Kassen, sogen. „Armenkassen“, vorgeschrieben ist. Die auswärtige Armenpflege besorgt der Staat. Die Niederlassung wurde geregelt durch das Niederlassungsgesetz vom 17. Mai 1869, das an der Verbindung von Wohnsitz und Armennoth festhält.

Die Ausdehnung der Armenpflege auf die „Dürftigen“ und der Übergang zur örtlichen Armenpflege sind die wichtigsten Fortschritte des Armengesetzes des Canton Bern von 1857/58 gegenüber der früheren Gesetzgebung. Bezüglich der vorbeugenden Armenpflege ist von besonderer Bedeutung, dass in die neue bundesgenössische Verfassung vom Juni 1873 im Artikel 91 dem Staate die Verpflichtung auferlegt ist, die möglichste Beseitigung der Ursachen der Verarmung hinzuwirken und ihm die Aufgabe zugewiesen wird, für Ausgleichung der Armenlast und Entlastung der Gemeinden zu sorgen. Hierfür bestimmte Normen zu finden und durchzuführen, ist eine der wichtigsten Aufgaben auf dem Gebiete der Armengesetzgebung. Endlich verdient von ausserdeutscher



Ländern noch Erwähnung, dass durch die in Russland im Anfang der Regierung Alexanders II. erfolgte Organisation der örtlichen Selbstverwaltung in Form der sog. „Landschaften“ (Kreis- und Gouvernementslandschaften) durch Schaffung der Landschaftsärzte und Landkrankenhäuser auf dem Gebiet der Volksgesundheits- und Armenkrankenpflege Hervorragendes geleistet ist. Die Landschaftsärzte, die an die Stelle der früheren ungebildeten Feldscherer zu treten berufen sind, haben Jeden, der ihre Hilfe aufsucht, in ihrer Poliklinik oder im Falle einer schweren Erkrankung im Krankenhause unentgeltlich zu behandeln.

In Deutschland hat die sociale Gesetzgebung der letzten beiden Jahrzehnte den Zweck, den Zustrom von Verarmten abzdämmen durch Krankenkassen, Unfall-, Alters- und Invaliditätsversicherung. Durch die Fürsorge des Staats wird mancher Kranker, der früher einen Arzt nie zuzog, vor dauerndem Siechthum und damit vor dauernder Verarmung bewahrt; die Armenfürsorge ist zum Theil durch Versicherung ersetzt. Hieraus erklärt es sich, dass beispielsweise in Schleswig-Holstein die Zahl der Insassen in den Armen-Arbeitshäusern in den letzten Jahren zurückgegangen ist, und dass unter den Armen überwiegend Leute im Alter von über 50 Jahren und Kinder sich finden, während die mittleren Altersklassen einen Rückgang erkennen lassen.

Aber die socialpolitische Gesetzgebung bleibt unvollständig, so lange es nicht gelingt, die gesetzliche Regelung des Armenwesens so zu gestalten, wie es ethische, volkswirtschaftliche und vor Allem auch hygienische Rücksichten erfordern. Hier bessernd einzugreifen, ist eine der wichtigsten Aufgaben der Socialhygiene, und da es Pflicht der Gemeinde ist, die Kosten für die Krankheiten der ärmeren Bevölkerung wie für die Versorgung der mittellos Gewordenen aufzubringen, so hat die Gemeinde ausserdem durch jede Epidemie in ihrem Handel und Erwerb die Empfindlichste geschädigt wird, das grösste Interesse an einer gut geleiteten Hygiene. Je mehr die Lebenslage, und zwar nicht nur die materielle, der untersten Volksschichten gebessert wird, um so einheitlicher und fester wird das Gefüge des Organismus, um so kräftiger wird der sociale Volkskörper sich entwickeln; je grösser der Unterschied in wirtschaftlicher und geistiger Beziehung zwischen den verschiedenen nebeneinander bestehenden Volksklassen, um so loser der organische Zusammenhang, und um so leichter materielle und sittliche Verderbnisse einzelner Theile, durch die wieder das Ganze mehr oder weniger schnell in Mitleidenschaft gezogen wird. In dieser Hinsicht ausgleichend zu wirken ist das Ziel einer erweiterten öffentlichen und einer richtig geleiteten privaten Armenpflege, indem beide nach Kräften bemüht sein sollen nicht bloss die Besitzlosen gegen Krankheit und Noth sicher zu stellen sondern auch auf den Einzelnen erziehlich zu wirken, und weiter die in den Armen vorhandenen Arbeitskräfte zu wecken und die Ursachen der Armuth zu beseitigen. Freilich handelt es sich bei dieser erweiterten Armenpflege um ausserordentlich schwierige Aufgaben, die die einzelnen Gemeinden bei der Verschiedenheit des Umfangs und der Bedeutung der

Gemeinden als Wirthschaftskörper nur unter besonders günstigen Verhältnissen zu lösen im Stande sein werden, um die Erziehung der unteren Volksklassen zu geregelter Thätigkeit und wirthschaftlicher Selbstständigkeit und um die Ermöglichung einer gesundheitsgemässen Lebensführung. Es ergibt sich aber hieraus ferner, dass die Kenntniss der Grundsätze einer richtigen Armenverwaltung für jede Gemeinde immer unerlässlicher wird. Eine auf die Ermittlung der Arbeits- und Lohnverhältnisse, die Armuthsursachen, die Ausgaben der offenen und geschlossenen Armenpflege gerichtete vergleichende Statistik ist hierzu die erste Voraussetzung.

Als die auf der wirthschaftlichen Stufenleiter niedrigst stehende Schicht der deutschen Bevölkerung, deren Lebenslage im Allgemeinen als die Grenze bezeichnet werden muss, wo die Armuth beginnt, dürfte die in gewissen Zweigen der Hausindustrie beschäftigte Arbeiterbevölkerung zu erachten sein, wie die Handweber in Schlesien, im Eulengebirge und Erzgebirge, die Strumpfwirker und Klöpplerinnen im Erzgebirge, die hausindustriellen Arbeiterinnen in der Wäsche- und Confectionsbranche. Eine solche Familie verdient zu ihrem Lebensunterhalt kaum mehr, als sie im Wege einer geordneten Armenpflege erhalten würde, wenn sie arbeitslos wäre. Hausindustriell thätige Familien von 4 bis 6 Köpfen und einem Einkommen von 6 bis 7 Mark wöchentlich gehören im Erzgebirge sowie in Schlesien keineswegs zu den Seltenheiten. Die Hauptnahrung besteht in Mehlsuppe, Kartoffeln und Brot, dazu etwas Butter oder geschmolzenes Rinderfett; ausserdem Kaffee, Mager- oder Buttermilch. Gemüse, ausser dem sog. Kraut, ist selten, und dasselbe gilt vom Fleisch, das am häufigsten noch als Hering auf den Tisch kommt. Bier und Brantwein werden in den schlechtesten Qualitäten getrunken. Wenn diese Leute auch im Allgemeinen gesund erscheinen, sind sie doch nur wenig widerstandsfähig und thatkräftig, und es erklärt sich mit hieraus die bekannte Thatsache, dass trotz allen Familienelends bis in die jüngste Zeit der Sohn immer wieder das traurige Gewerbe des Vaters fortsetzt, statt sich einem andern lebensfähigeren Erwerbszweige zuzuwenden.

Etwas höher auf der socialen Stufenleiter, als diese Hausindustriellen, steht der landwirthschaftliche Arbeiter, der jedoch in Zeiten der Noth und in Krankheitsfällen gleichfalls meist auf fremde Hilfe angewiesen ist.

Aus dem Charakter der ländlichen Bevölkerung erklärt es sich, dass die Armenfürsorge in den eigentlichen ländlichen Gemeinden vielfach eine harte und häufig eine rücksichtslose ist, abhängig in erster Linie von der Individualität des Gemeindevorstehers und seinem Verständniss für die Aufgaben der Armenpflege. Diese grössere Härte führt direct zu physischen und moralischen Missständen, wenn es sich um Erkrankungen Ortsarmer oder um die Fürsorge für Waisen oder verlassene Kinder oder endlich um Sieche und Gebrechliche handelt, aber sie führt auch indirect zu einer Schädigung der öffentlichen Gesundheit im Allgemeinen, indem sie alle diejenigen Factoren vernachlässigt, die Voraussetzung einer gesundheitsgemässen Lebensführung sind.

Wie sehr neben der Sorge für Reinlichkeit und zweckmässige Ernährung tadellose Haus- und Gemeindeeinrichtungen auch im wirtschaftlichen Interesse der Communen gelegen sind, zeigen die in einer Reihe von Städten (München, Danzig, Berlin u. a.) gemachten Erfahrungen. In Berlin ist die Mortalität in den letzten 15 Jahren um ca. 7 pM. zurückgegangen, d. h. es starben im Jahre etwa 10000 Menschen weniger als früher. Diese Zehntausend, die jährlich weniger sterben, repräsentiren einen volkswirtschaftlichen Gewinn von etwa 10 Millionen Mark. Rechnen wir, dass die hygienischen Werke, denen Berlin die Besserung seiner Gesundheitsverhältnisse in erster Linie verdankt (Canalisation etc.) ungefähr das dreifache gekostet haben, so hat sich das hierin angelegte Kapital mit ungefähr 30 Procent verzinst. In der Armee ist die Mortalität in den letzten 50 Jahren um 78 Procent, in den letzten 20 Jahren um 54 Procent zurückgegangen; es sind das ganz gewaltige Geldwerthe, die diese Zahlen repräsentiren und die auf p. p. 50 Millionen pro Jahr sich berechnen lassen. Die verheerendste aller Seuchen, die Tuberkulose, der in Preussen im erwerbsfähigen Alter jährlich etwa 70000 Menschen zum Opfer fallen, stellt einen volkswirtschaftlichen Verlust von ungefähr 100 Millionen Mark alljährlich dar.

Nach der auf Grund der Beschlüsse des Bundesraths vom 24. Juni 1884 erhobenen Armenstatistik wurden im Jahre 1885 in Deutschland 3,40 pCt., in Preussen 3,37, in Elsass-Lothringen 4,70, in Bayern 2,80 pCt. der Bevölkerungszahl unterstützt. Die höchsten Ziffern zeigte Hamburg mit 9,66, Mecklenburg-Strelitz mit 8,12, Bremen mit 6,84 und Lübeck mit 6,14 pCt. Unterstützten; die niedrigsten Armenziffern hatten die mitteldeutschen Staaten Sachsen-Altenburg, Schwarzburg-Sondershausen und -Rudolstadt, demnächst Sachsen-Weimar und Sachsen-Meiningen mit 1,77 bis 2,40 pCt.

Von den einzelnen Provinzen Preussens zeigte die höchste Zahl der Unterstützten der Stadtkreis Berlin mit 6,63 pCt., demnächst Ostpreussen mit 4,01 und Westpreussen mit 3,87 pCt. der Bevölkerungszahl; die niedrigsten Armenziffern hatten Sachsen mit 2,40, Hannover mit 2,46 und Brandenburg mit 2,65 pCt. der am 1. December 1885 ermittelten Bevölkerungsziffer.

Noch erheblichere Differenzen ergaben sich bei Vergleichung der einzelnen Bezirke unter einander. In Procenten der Bewohnerzahl von 1885 wurden unterstützt im Regierungsbezirk Köslin 2,46, Stettin 3,35 und Stralsund 5,12. Bei Beschränkung der Untersuchung auf die Seitens der Ortsarmenverbände unterstützten Personen betrugen die Ziffern 2,3, 3,31 und 4,9 pCt. der am 1. December 1880 ortsanwesenden Bevölkerung, so dass der Regierungsbezirk Stralsund nächst dem Stadtkreis Berlin mit 6,63 und dem Regierungsbezirk Danzig mit 5,16 pCt. die höchste Armenziffer aufweist; ihm schliessen sich an die drei rheinischen Bezirke Aachen, Köln und Düsseldorf, während die niedrigsten Armenziffern Trier mit 1,96, Minden mit 1,97, Merseburg mit 2,02 und Kassel mit 2,10 pCt. aufweisen. Ähnliche Unterschiede in der Armenzahl der verschiedenen

bezirke derselben Provinz, wie sie Pommern, Westfalen und die Rheinprovinz zeigen, kehren auch in Hannover wieder, wo dem Regierungsbezirk Hildesheim mit 2,23 pCt. Unterstützten der viel ärmere und an laide- und Moordörfern reichere Bezirk Aurich mit 3,58 pCt. Unterstützten gegenübersteht. Aus der Armenstatistik des Jahres 1885 erzieht sich, dass die städtischen Armenverbände weitaus den höchsten Prozentsatz an Unterstützten aufweisen, in zweiter Linie folgen die Gutsbezirke und zuletzt die Landgemeinden. Es ergibt sich ferner aus der Armenstatistik des Jahres 1885, dass es im Allgemeinen die wohlhabenderen Gegenden sind, in denen die Armenlast den grössten Umfang erreicht, dass die Anzahl der Unterstützten nicht allein von dem Unterstützungsbedürfniss, sondern ebenso sehr, wenn nicht mehr, von der Möglichkeit abhängt, dasselbe zu befriedigen. In West- und Ostpreussen unterscheiden sich namentlich die Niederungen der Weichsel und des Rheins nach Fruchtbarkeit des Landes und Höhe der Armenlast sehr wesentlich von den rauen Gegenden des pommerschen und preussischen Nordens, und dasselbe kehrt wieder in den westlichen Provinzen sowie in dem Grossherzogthum Oldenburg. Ausser der Wohlhabenheit sind die Erwerbsverhältnisse und Lebensgewohnheiten, die für die Höhe der jeweiligen Armenziffer bestimmend in Betracht kommen; von Bedeutung ist ferner der Entwicklungsgrad, den die private und Vereinsarmenpflege in den einzelnen Bezirken erlangt hat.

Fast ununterbrochen sinkt die Armenziffer mit der absteigenden Bevölkerungszahl der Städte, und ohne jede Unterbrechung zeigt der Armenaufwand eine Verminderung von Stufe zu Stufe mit der herabgehenden Bevölkerungsziffer der Städte.

Während in den Städten von über 100000 Einwohnern der Aufwand für Armenzwecke auf 100 Einwohner 441 Mark betrug, sinkt derselbe in den Städten von 50- bis 100000 Einwohnern auf 321 Mark bei 3,91 pCt. Unterstützten, in den Städten von 20- bis 50000 Einwohnern auf 283 Mark bei 6,31 pCt. Unterstützten, in den Städten von 10- bis 20000 Einwohnern auf 263 Mark bei 5,53 pCt. Unterstützten, in den Städten von 5- bis 10000 Einwohnern auf 221 Mark bei 4,97 pCt. Unterstützten, in den Städten mit 2- bis 5000 Einwohnern auf 182 Mark bei 4,32 pCt. Unterstützten, und endlich in den Städten unter 2000 Einwohnern auf 162 Mark bei 2,52 pCt. Unterstützten. Nach der Statistik des Armenwesens für das Grossherzogthum Oldenburg betrug im Durchschnitt der Jahre von 1861 bis 1890 die jährliche Ausgabe für einen Armen

in der reichen Marsch	74,80 Mark,	
in der Geest	63,63	„ und
in dem armen Münsterlande	45,58	„ oder es kamen
Gesamtarmenkosten auf einen Einwohner		
in der Marsch	3,68 Mark,	
in der Geest	2,32	„
im Münsterlande	1,15	„

In Uebereinstimmung hiermit ist die Höhe der Armenausgaben in den Städten eine höhere als in den Landgemeinden. In Preussen betrugen die von den Armenverbänden gemachten Armenausgaben auf den Kopf der Bevölkerung 1.94 Mark, und zwar in den Städten 3,39, in den Gutsbezirken 1.78, in den Landgemeinden und gemischten Verbänden 0.89 und 0.73 Mark pro Kopf. Dem gegenüber betrugen die auf den Kopf der Bevölkerung entfallenden Armenausgaben im Regierungsbezirk Köslin im Jahre 1885 0,98 Mark, und zwar in den Städten 2, in den Gutsbezirken 0.9, in den Landgemeinden und gemischten Verbänden 0.4 Mark. Entsprechend der höheren Arnenziffer stieg die Armenausgabe im Regierungsbezirk Stettin auf 1,6 und im Regierungsbezirk Stralsund auf 2,2 Mark pro Kopf der Bevölkerung. Im Regierungsbezirk Köslin ist in diesen Zahlen eine wesentliche Aenderung inzwischen nicht eingetreten: auf den Kopf der Bevölkerung entfielen in den Städten des Bezirks in den letzten Jahren Armenausgaben in Höhe von 1,30 bis 2,50 Mark, in den Landgemeinden von 0,04 bis 2 Mark.

Wie verschieden die Kosten der öffentlichen Armenpflege in den verschiedenen Städten sich gestalten und wie die Höhe der Aufwendungen keineswegs immer der Einwohnerzahl der Städte parallel geht, zeigt ein Blick auf die Etats der städtischen Communen: so beliefen sich in Bielefeld die Kosten der Armenpflege im Etatsjahr 1883/84 auf 1,67 Mark pro Kopf, in Paderborn auf 3,53 Mark; die laufenden Kosten der Armenpflege waren in Paderborn fast ebenso hoch wie in Bielefeld, trotzdem die Einwohnerzahl noch nicht die Hälfte derjenigen von Bielefeld betrug. Dasselbe bestätigen die Erfahrungen in anderen Bezirken. Dem entsprechend gestaltet sich das Verhältniss der Armenausgaben zum Gesamthaushalt sehr verschieden und bewegt sich beispielsweise in den Städten des Regierungsbezirks Köslin zwischen 10 und 25 pCt. des letzteren, während die Ausgaben für Armenzwecke auf dem Lande noch viel erheblichere Unterschiede zeigen und von wenigen Procenten bis zu 90 pCt. und darüber des Staatssteuersolls betragen.

Neben der Schullast und der Wegebaulast ist die Armenfürsorge die Hauptquelle finanziellen Drucks für die Gemeinden, der im Allgemeinen um so empfindlicher sich bemerklich macht, je kleiner die Gemeinden sind. Es kommt hinzu, dass die gesetzliche Armenpflege weniger als andere Lasten der Gemeinden eine sichere Vorausberechnung zulässt: Krankheiten oder Unglücksfälle sind im Stande, die Arnenziffer binnen kurzer Zeit sehr erheblich emporzuschwellen, und schon einzelne oder gar ein einziger Armenfall, bei dem eine kostspielige Anstaltspflege in Frage kommt, vermag die Armenlast eines kleinen Gemeinwesens um das Doppelte zu steigern. Wenn trotzdem der Staat die Gemeinden ohne Rücksicht auf die Leistungsfähigkeit, zu Hauptträgern der Armenlast bestimmt hat, so hat er andererseits in der Bildung von Gesamtarmen- und Specialverbänden für gewisse Zwecke der öffentlichen Armenpflege wie in der Uebnahme gewisser Aufgaben seitens der Landarmen-

le die Möglichkeit gegeben, den Druck etwas gleichmässiger zu machen, während die Verpflichtung der Landarmenverbände, bei nach dem Unvermögen den Gemeinden Beihilfen zu gewähren, keine schenkende Wirkung herbeizuführen geeignet ist, da dieselbe fast immer im äussersten Nothfall absolutesten Unvermögens sich beschränkt. In der Armenstatistik des Jahres 1885 machten diese Beihilfen noch  $\frac{1}{2}$  pM. der Ausgaben der Gemeinden aus.

Um denselben Zweck, diese Leistungsunfähigkeit, insbesondere der ländlichen Gemeinden nach Möglichkeit zu beseitigen, dient auch die neue in sieben östlichen Provinzen der Monarchie erlassene Landgemeindeordnung vom 3. Juli 1891. Da in den östlichen Provinzen die Unterterritorien der ländlichen Gemeinden im Allgemeinen viel zu klein sind, um den Zwecken der Armenpflege nach allen Richtungen zu entsprechen, bestimmt der § 131 der Landgemeinde-Ordnung, dass zum Zweck der Fürsorge für die öffentliche Armenpflege nachbarlich gelegene Gemeinden und Gutsbezirke zu Gesamt-Armenverbänden entweder freiwillig sich zusammenthun, oder wenn eine Einigung zwischen den Beteiligten nicht zu erzielen ist und das öffentliche Interesse dies erheischt, den Oberpräsidenten zu einem Gesamt-Armenverband vereinigt werden sollen. Der Verbandsausschuss und der Verbandsvorsteher werden den Gesamt-Armenverband. Die Rechtsverhältnisse der Verbände werden durch Statut geregelt, das die Rechte und Pflichten des Verbandes, die Vertheilung der Kosten etc. festsetzt und der Bestätigung des Verbandsausschusses bedarf; kommt ein solches Statut durch freie Vereinbarung nicht zu Stande, so ist der Kreisausschuss ermächtigt, ein Statut festzusetzen.

Im Allgemeinen ist bisher von dieser Befugnis zur Bildung von Gesamt-Armenverbänden nur vereinzelt Gebrauch gemacht, und zwar fast ausschliesslich seitens zusammengehöriger und an einander grenzender Gemeinden und Gemeindebezirke.

Durch die neue sociale Gesetzgebung ist die Arbeiterbevölkerung in einem Maasse vor Inanspruchnahme öffentlicher Armenpflege bewahrt worden; in einzelnen Armenverbänden haben sich die Ausgaben übergehende Unterstützung an arme Kranke, in anderen die Kosten der öffentlichen Armenpflege nicht unwesentlich verringert, wie aus einer Reihe von Städten — Minden, Barmen, Paderborn, Dortmund, Köln, Kiel, Halle u. a. — hervorgeht. Nach einer Mittheilung des Rathes in Mannheim sind dort die Armenanstalten seit Einführung der Kranken- und Unfallversicherung stetig gefallen; dieselben betrugen im Jahre 1880 pro Kopf 3 M. 20 Pf., im Jahre 1890 2 M. 70 Pf., und im Jahre 1893 2 M. 30 Pf. Auch die Zuschüsse, die für Erhaltung der Armenanstalten seitens der Stadt gezahlt werden, sind gleichmässig gesunken. Dem entspricht ein zum Theil nicht unbedeutender Rückgang der im Wege der öffentlichen Armenpflege unterstützten Personen bei steigender Bevölkerungsziffer, wie ein solcher aus vielen Orten, namentlich auch Schlesiens, gemeldet wird.

Nach den Erhebungen von Freund ist es in erster Linie Krankenversicherung, die durch die rechtzeitige Gewährleistung ärztlicher Hilfe bis zur völligen Wiederherstellung schon jetzt in hervorragender Maasse krankheits- und siechthumsverhütend gewirkt hat, eine Wirkung, die nicht auf die Versicherten beschränkt bleibt, sondern vielfach den nicht versicherten Familienangehörigen zu gute kommt, indem hier in Erkrankungsfällen ärztliche Hilfe früher als sonst in Anspruch genommen wird. Nächst dem ist es die Unfallversicherung, die auf Armenpflege entlastend wirkt: soweit statistische Angaben vorliegen, der Einfluss derselben auf die Almosenpflege schon jetzt unverkennbar. Noch bedeutender wird aller Voraussicht nach die Invaliditäts- und Altersversicherung die Armenpflege zukünftig beeinflussen, da Alter und Siechthum auch die Hauptursachen der dauernden Unterstützung der Armenverbände darstellen. Es kommt hinzu, dass die Krankenkassen länger als 52 Wochen Krankenunterstützung nicht gewähren dürfen, und dass auch hier die Invaliditätsversicherung ergänzend eintritt. Endlich dürfte es keinem Zweifel unterliegen, dass dem § 12 des Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetzes, wonach den Versicherungsanstalten Befugniss zusteht, für die bei ihnen versicherten Personen die Krankenfürsorge zu übernehmen, sofern als Folge der Krankheit Erwerbsunfähigkeit, welche einen Anspruch auf reichsgesetzliche Invalidenrente gründet, zu besorgen ist, bezüglich der Verhütung und Heilung chronischer Leiden eine hervorragende Bedeutung zukommt und noch mehr kommen wird, wie es speciell gegenüber der Tuberculose durch Vorgehen seitens einzelner Versicherungsanstalten schon jetzt thatsächlich dargethan wird.

Aus andern Armenverbänden, namentlich aus vielen Städten, laufen die Berichte dahin, dass die Kosten für Armenzwecke ohne das Krankenkassengesetz, Unfall-, Alters- und Invaliditätsversicherungsgesetz erheblich höhere gewesen sein würden. In Berlin hat sich diese entlastende Wirkung der socialen Gesetzgebung auf die Armenpflege in einem fortschreitenden Rückgang der Hauskranken bemerklich gemacht. Wenn trotzdem hier wie in andern Städten eine unmittelbare Entlastung der Armenpflege in Bezug auf die Höhe der Kosten sich nicht geltend gemacht hat, die Ausgaben vielmehr von Jahr zu Jahr gestiegen sind, so erklärt sich dies daraus, dass die Arbeiterversicherung auf die Verbesserung der gesammten Lebenshaltung der unteren Bevölkerungsklassen schon jetzt einen solchen Einfluss ausgeübt hat, dass die Armenverwaltung die Entlastung, welche ihr von der einen Seite zu Theil wurde, benutzen musste, um nach der andern Seite um so eingreifender helfen, dass also als Gewinn eine grössere und intensivere Fürsorge der Armen eingetreten ist.

Auch die Thatsache, dass nach den Ergebnissen der Armenstatistik in Bayern, Sachsen und andern Ländern die Zahl der Unterstützten fortwährend zurückgeht — in Sachsen von 1,67 Procent der Bevölkerung im Jahre 1885 auf 1,51 im Jahre 1890 — dürfte in ursächlicher

ung zur socialen Gesetzgebung stehen. Hauptsache ist allerdings ganze Organisation der Armenpflege. Je mehr dieselbe einheitlich regelt und auf dem Individualprincip des sog. Elberfelder Systems gebaut ist, um so besser stehen sich Arme und Communen. Durch dies können diese Erfolge besser illustriert werden als durch einen Blick auf die Elberfelder Armenpflege: während im Jahre 1852, wo die noch mangelhafte Prüfung der Bedürftigkeit verursachte Steigerung der Armenlast zu einer Aenderung des Systems drängte, auf 1000 Einwohner 67,08 Unterstützte kamen, betrug deren Zahl im Durchschnitt der letzten 38 Jahre nur 23,29, und während die Kosten der offenen Armenpflege im Jahre 1852 sich auf 3,55 Mark auf den Kopf der Bevölkerung beliefen, sind sie im Durchschnitt der verflossenen 38 Jahre unter der Herrschaft des neuen Systems auf 1,84 Mark gesunken, ein Erfolg, der die Tragweite des individualisirenden Armenpflegesystems schon nach der finanziellen Seite aufs deutlichste darzuthun geeignet ist. Auch in andern Städten hat sich dieser Erfolg der individualisirenden Armenpflege geltend gemacht, ohne denselben indes für den Werth des Systems als ausschlaggebend heranziehen zu wollen. So machte sich in Hamburg, das erst nach der letzten Choleraepidemie zur Einführung des Elberfelder Systems überging, schon nach den ersten Monaten des Bestehens eine erhebliche Ersparniss der Ausgaben für dauernd Unterstützte merklich. Voraussetzung ist dabei, dass geeignete und entsprechend gebildete Armenpfleger und Armenpflegerinnen zur Verfügung stehen.

In Berlin waren im Jahre 1893 für die gesetzliche offene Armenpflege 243 Bezirks-Armenkommissionen in Thätigkeit. Denselben gehörten

235 unbesoldete Vorsteher (8 je 2 Commissionen verwaltend),  
236 Vorsteherstellvertreter,  
117 Stadtverordnete und  
2015 Mitglieder einschliesslich der Bezirksvorsteher,

sammen 2603 Personen an.

Diese Armencommissionen zahlen die Unterstützungen selbst aus dem Staatserhalt zu diesem Zweck aus der Stadthauptkasse zu Händen des Vorstehers einen Vorschuss in Höhe des einmonatlichen Bedarfs. Rechnungslegung und Erstattung der Ausgaben erfolgen monatlich.

Laufend unterstützt wurden monatlich

Almosenempfänger 21737,  
Pflegekinder 8399.

Der Geldbetrag der Unterstützung betrug monatlich durchschnittlich einen Almosenempfänger 12,81 Mark, für ein Pflegekind 6,04 Mark. Ausgegeben wurden für das gesamte Armenwesen in Berlin für das Rechnungsjahr 1892/93 . . . . . 12703484 Mark, von durch Einnahme gedeckt wurden. . . . . 1924803 Mark.

Von den Almosenempfängern waren 77 pCt. über 50 Jahre alt; mehr als drei Viertel derselben gehörten dem weiblichen Geschlecht an.

In Bezug auf die Ursachen der Hilfsbedürftigkeit ergibt sich aus



der Statistik des Jahres 1885, dass ungefähr der dritte Theil in Folge eigener Erkrankung oder Erkrankung des Ernährers, der siebente Theil in Folge Altersschwäche verarmt ist. Zu berücksichtigen ist hierbei, dass die Erforschung der Armuthsursachen auf absolute Zuverlässigkeit nicht Anspruch erheben kann, da in der Regel mehrere ursächliche Momente zusammenwirken und dem subjectiven Ermessen ein weiter Spielraum gelassen ist. Hieraus erklärt es sich, dass die vorliegenden Statistiken, insbesondere auch die in verschiedenen Ländern des deutschen Reiches erhobenen und vielfach jährlich erneuerten Armenstatistiken in der Feststellung der Ursachen der Verarmung nicht unwesentliche Unterschiede zeigen.

Die wesentlichsten Armuthsursachen in Procenten der  
Unterstützten im Jahre 1885.

	1. Im Geltungsbezirk des Gesetzes über den Unterstützungswohnsitz Ortsarmenverbände					
	städtisch	ländlich	Guts- bezirke	gemischt	überhaupt	Land- armen- verbände
1. Tod des Ernährers <sup>1)</sup> . . . . .	14,4	21,4	35,0	20,9	17,7	33
2. Krankheit <sup>1)</sup> . . . . .	36,1	18,7	8,0	15,2	28,5	26,2
3. Gebrechen <sup>1)</sup> . . . . .	9,8	14,3	13,4	14,6	11,6	37,2
4. Altersschwäche . . . . .	12,4	17,8	28,3	20,8	15,2	3,9
5. Grosse Kinderzahl . . . . .	7,2	7,4	3,3	6,9	7,1	5,6
6. Arbeitslosigkeit . . . . .	7,0	3,8	0,4	2,0	5,5	3,2
7. Trunksucht . . . . .	1,7	2,9	1,1	3,4	2,1	1,3
8. Arbeitsscheu . . . . .	0,8	1,8	0,7	1,7	1,2	1,6

	2. in Bayern Gemeinden		3. in Elsass-Lothring <sup>eb</sup> Gemeinden		
	städtisch	ländlich	städtisch	ländlich	Land- u. Bezirks- armenverb.
1. Tod des Ernährers <sup>1)</sup> . . . . .	21,4	14,3	8,8	10,3	34,5
2. Krankheit <sup>1)</sup> . . . . .	25,9	19,3	34,3	31,5	16,2
3. Gebrechen <sup>1)</sup> . . . . .	13,8	16,0	6,6	6,6	24,4
4. Altersschwäche . . . . .	12,1	15,6	12,6	15,7	0,5
5. Grosse Kinderzahl . . . . .	6,6	9,4	6,1	12,4	0,4
6. Arbeitslosigkeit . . . . .	8,4	7,5	17,1	9,8	0,2
7. Trunksucht . . . . .	0,7	2,1	2,3	1,4	0,8
8. Arbeitsscheu . . . . .	2,1	4,6	1,2	0,5	0,0

<sup>1)</sup> Nicht durch Unfall verursacht.

der Tabelle ergibt sich, dass die 4 Hauptursachen der Ar-  
 beite rund 70 Procent der gesammten Ursachen darstellen, in  
 sache von dem Willen der Betroffenen unabhängig sind. Der

dass Gebrechen auf dem Lande häufiger sind als in den  
 n Gemeinden, deutet darauf hin, dass die Fürsorge hier eine  
 ende ist.

Ursachen der Hilfsbedürftigkeit waren 1890 folgende:

Im Königreich Sachsen		Im Grossherzogth. Oldenburg	
	in pCt. d. Fälle		in pCt. d. Fälle
.....	23,41		28,8
g.k. u. unzulängl. Verdienst	15,86		28,5
berzahl . . . . .	17,14		1,3
.....	13,98		11,6
.....	8,66		(unter Krankheit)
nährers (Verwaisung) .	8,1		11,3
.....	3,37		2,6
u . . . . .	2,38		0,8
.....	1,70		—

rend Trunksucht in Preussen nur bei 1,31 Procent der Selbst-  
 ten angegeben ist, in Braunschweig bei 1,37, steigt diese Zahl  
 reich Sachsen auf 3,37 Procent, eine Differenz, die wohl aus-  
 h in der genaueren Art der Feststellung in Sachsen ihre Er-  
 ndet. Jedenfalls sind auch diese Untersuchungen der Armuths-  
 geeignet, die ausserordentliche socialpolitische Bedeutung, die  
 herung gegen Krankheit, Unfall und Alter in sich schliesst,

wir oben sahen, ist trotz der stellenweise erheblichen Belastung  
 gemeinden die Zahl der Unterstützten in den Städten eine er-  
 össere als auf dem Lande. Specieell im Königreich Sachsen  
 ch die Zahl der Einwohner der Städte zu der der Landgemein-  
 Gutsbezirke etwa wie 2 zu 3, während die Zahl der Unter-  
 in den Städten ziemlich das Doppelte der Zahl der Unter-  
 auf dem Lande betrug; ja es waren im Jahre 1880 im Königreich  
 noch 645 Landgemeinden vorhanden, in denen öffentliche Unter-  
 überhaupt nicht gezahlt wurde.

er Unterschied zwischen Stadt und Land findet, von socialen  
 abgesehen, seine Erklärung vornehmlich in dem Charakter der  
 hner. Die Thatsache, dass Jemand durch zweijährigen Auf-  
 n Unterstützungswohnsitz erwirbt, hatte seitens der ländlichen  
 n das Bestreben zur Folge, jeden, von dem sie fürchteten, er  
 nen Unterstützungswohnsitz erwerben, vor der Zeit, bevor er  
 erreichte, aus dem Gemeindeverband herauszubringen. Diese  
 assregeln, die sich in Folge stillschweigenden Uebereinkommens  
 , betreffen hauptsächlich ältere, schwächliche Personen und  
 he Familien. Dass dabei keine Mittel gescheut werden, ist  
 ja es giebt Landgemeinden, die das Abschieben mit einer

solchen Ausdauer betreiben, dass Ortsarme dort unbekannt sind. Die Folge eines solchen Vorgehens ist, dass die davon betroffenen Familien niemals zur Ruhe kommen, dass bei dem Hin und Her Suche nach einem anderweitigen Unterkommen Müsiggang, Trägheit und Vagabondenthum gross gezogen werden, dass das Heimathat das Gefühl der Zusammengehörigkeit mit andern Menschen erspart, von einer Erziehung und einem geordneten Unterricht der Kinder keine Rede ist. Es folgt aber weiter hieraus eine Verschiebung der Lasten zu Ungunsten der Städte und eine Zunahme der Zahl der Landlosen.

Die Unterstützung Hilfsbedürftiger erfolgt entweder durch Aufnahme derselben in Armenhäusern oder durch das sog. Bettelwesen, Speisen und Beherbergen, durch Einmieten der Ortsarmen in Familien, wo sie einen Theil ihres Lebensunterhalts durch Mithilfe der Wirthschaft erwerben müssen, oder durch Unterstützung in Naturalien. Die Frage, ob die Geldunterstützung nach festen Sätzen für den Kopf zu berechnen, oder von Fall zu Fall festzusetzen ist, eine offene. Soweit möglich, soll die Naturalunterstützung an die Stelle der Geldunterstützung treten; dahin gehört auch die Abnahme der Kinder statt barer Unterstützung, die Gewährung von Wohnung und Unterstutzung u. s. w.

Von besonderer Bedeutung für eine rationelle Armenpflege in den Landen würde es sein, wenn die Kreisverwaltungen von ihrem Wohlthat der allgemeinen Krankenversicherung auf die land- und wirthschaftlichen Arbeiter auszudehnen, mehr wie bisher zu thun machten. In denjenigen Kreisen, wo diese Einbeziehung der land- und forstwirthschaftlichen Arbeiter in die Krankenversicherung bereits ist, hat sich diese Maassnahme als ausserordentlich segensreich für die ländliche Bevölkerung erwiesen.

Die gewöhnlichen Armenhäuser (Armenkathen), auch Hirsenhäuser genannt, weil sie in vielen Gegenden gleichzeitig dem Dorfthier Unterschlupf dienen, enthalten in der Regel eine geringe Zahl in schlechter Wohnräume, in denen ohne Unterschied von Alter und Geschlecht, ohne Rücksicht auf Krankheit und Arbeitsfähigkeit die der Gemeinde zur Last fallenden Personen untergebracht werden. In der gewöhnlich isolirten Lage ausserhalb des Dorfes werden sie von Vagabonden und Arbeitsscheuen heimgesucht. Diese Art Armenhäuser wie wir sie ausser in Preussen auch noch in Bayern, Württemberg, Grossherzogthum Hessen und andern Ländern, und zwar in den elenden und vielfach verwahrlosten Zustände wie bei uns antreffen, bieten keine Hausverwaltung und bieten keinerlei Beschäftigung, sondern sind in der Regel nichts als das nothdürftigste Obdach. In diesen sind es nicht nur die grössern Ortschaften, in denen Armenhäuser angetroffen werden. Wer je in einer solchen Behausung Diphtherie oder Typhuskranke zu behandeln genöthigt war, wird den Wundstich sehen, diese Behausungen je eher je lieber vom Erdboden gehoben, an ihrer Stelle für grössere Verbände bestimmte Armenarbeitshäuser

renger Hausordnung und Beschäftigungszwang für die Arbeitsfähigen richtet zu sehen. Dass mit gut eingerichteten und gut geleiteten Armenarbeitshäusern auch kleinere Krankenstationen, ausschliesslich zur Aufnahme chronisch Kranker mit äusserlichen Leiden und Siecher, unter Ausschluss übertragbarer Krankheiten verbunden werden, wird hygienischerseits nicht zu beanstanden sein.

Die sächsische Armenordnung vom 22. October 1840, die noch heute als im Allgemeinen mustergiltig erachtet werden kann, machte die präventive Armenpflege mit Zwang gegen Arbeitsscheue, die Beschaffung lohnender Arbeit für Arbeitswillige zu einer Hauptaufgabe der Armenbehörden. Hier haben die 28 Bezirksarmenvereine ebenso viele Bezirksarmenhäuser errichtet, deren Hauptzweck die Besserung arbeitsfähiger und arbeitsscheuer Personen ist; daneben dienen sie der Versorgung altersschwacher, arbeitsunfähiger Personen, ein Theil ausserdem der Siechenpflege, Kinderziehung und Waisenpflege; zehn derselben enthalten ausserdem Stationen zur Krankenbehandlung. Neuerdings haben sich diese 28 Armenbezirksvereine, die sich entweder auf einen oder mehrere Zweige der Armenpflege beschränken oder auf die ganze Armenpflege ausdehnen, nachdem die Einrichtungen zum Zwecke der Armenversorgung, der öffentlichen Armenpflege und zur Abwehr eines öffentlichen Nothstandes gesetzlich als Bezirksangelegenheiten erklärt worden waren, noch enger an die grösseren Verwaltungskörper, Amts- oder Bezirkshauptmannschaften, geschlossen.

Wie schon erwähnt, bestimmt der § 12 des Ausführungsgesetzes über den Unterstützungswohnsitz in Preussen, dass Gemeinden und Gutsbezirke mittels gegenseitiger Vereinbarung als Gesamttarmenverbände eingerichtet werden können. Auch die auf Grund der neuen Landgemeinde-Ordnung (§§ 128 und 131) behufs Uebernahme der Fürsorge für die öffentliche Armenpflege gebildeten Verbände sind Gesamttarmenverbände im Sinne des § 12 des Gesetzes vom 8. März 1871. Ausser von dieser Möglichkeit nur in vereinzelt Fällen Gebrauch gemacht wird, findet seine Erklärung vornehmlich darin, dass die augenblicklich günstiger gestellten Gemeinden einem solchen Zusammenschluss abhold sind. Die meisten dieser Verbände befassen sich ausschliesslich mit der Fürsorge für Geisteskranke, Epileptische und Schwachsinnige, aber sie umfassen noch, wie hauptsächlich in Süddeutschland, gleichzeitig die Waisenpflege und Krankenfürsorge, die Besoldung der Armenärzte, die Unterhaltung von Krankenanstalten u. a., noch andere ziehen die Einrichtung und Unterhaltung von Naturalverpflegungsstationen, Maassregeln zur Abwehr drohender Epidemien und ähnliches in den Bereich der ausserordentlichen Armenpflege.

In Preussen ist die Bildung von Gesamttarmenverbänden für Zwecke der öffentlichen Armenpflege am hervorragendsten entwickelt. In Schleswig-Holstein, demnächst in Hannover. In Hannover bestehen in fast sämtlichen Kreisen Specialverbände, sog. Nebenanlage-Verbände für Zwecke der ausserordentlichen Armenpflege und ausserdem

Gesamttarmenverbände, welchen letzteren die Unterhaltung der Armenhäuser obliegt. Auch im ober-schlesischen Industriebezirk begegnen wir vielfach leistungsfähigen Gesamttarmenverbänden. In Westfalen hat sich hauptsächlich in vier, in der Rheinprovinz in acht ärmeren Kreisen das Bedürfniss nach der Bildung von Gesamtverbänden bemerklich gemacht, während in der Provinz Sachsen im Ganzen 44, in der Provinz Hessen-Nassau 4 solcher Gesamtverbände gezählt wurden. Die meisten derselben stammen aus früherer Zeit; seit der Einführung des Reichsgesetzes betr. den Unterstützungswohnsitz bis zum Erlass der neuen Landgemeinde-Ordnung sind grössere Gesamtverbände, von zusammengehörigen Guts- und Landgemeinden abgesehen, nur vereinzelt gebildet worden.

In Schleswig-Holstein existiren zur Zeit mit Einschluss von 40 städtischen insgesamt 357 Armenarbeitshäuser für 229 Gesamt- und 129 Ortsarmenverbände. Die Zahl der Insassen in denselben betrug Ende 1890 8500, das sind ungefähr 36 Procent aller schleswig-holsteinischen Armen. Unter strenger Hauszucht, wobei die Entziehung des Branntweins die erste Stelle einnimmt, werden die Arbeitsfähigen in diesen Arbeitshäusern zur Arbeit angehalten und zu Ordnung und Reinlichkeit erzogen. Besondere Disciplinarmittel stehen den Armenarbeitshäusern in Schleswig-Holstein nicht zu Gebote, doch werden auch hier die Arbeitsfähigen so lange zurückgehalten, bis sie auf weitere Unterstützung verzichten. Nach § 361, 7 und 10 des Strafgesetzbuches macht sich ausserdem derjenige strafbar, der, wenn er aus öffentlichen Armenmitteln eine Unterstützung empfängt, sich aus Arbeitsscheu weigert, die ihm von der Behörde angewiesene, seinen Kräften angemessene Arbeit zu verrichten, sowie derjenige, der sich der Verpflichtung, seine Angehörigen zu ernähren, entzieht und dieselben der öffentlichen Armenpflege anheimfallen lässt. Die Mehrzahl dieser Armenarbeitshäuser sind gleichzeitig mit Krankenstationen verbunden; auch ist ein Theil der verlassenen Kinder in besondern Kinderabtheilungen dieser Anstalten untergebracht. Im Allgemeinen sind die innern Einrichtungen dieser Armenarbeitshäuser nach den Berichten der dieselben regelmässig revidirenden Kreisphysiker zweckentsprechend. Bezüglich der Aufnahme von Geisteskranken in diese Armenarbeitshäuser ist insofern eine Besserung eingetreten, als die Aufnahme derselben von einer vorherigen Begutachtung seitens des Kreisphysikus abhängig gemacht ist; besser wäre hier eine völlige Ausschliessung aller schwachsinnigen Hilfsbedürftigen und deren Unterbringung in besondern, entsprechend geleiteten und beaufsichtigten Bewahranstalten.

Ebenso zweckentsprechend sind im Allgemeinen die Armenarbeitshäuser in der Provinz Hannover eingerichtet, deren es im Jahre 1890 61 gab, und zwar 36 in Ostfriesland, 20 in den Elbmarschen. 2 im Kreise Bentheim und je eins in den Kreisen Lehe und Harburg.

Auch in Ostpreussen hat die Errichtung von Armenarbeitshäusern in den letzten Jahren Fortschritte gemacht, nachdem im Jahre 1889 der

Provinzialausschuss eine grössere Summe in den Etat eingestellt hatte, um diejenigen Kreise, die sich verpflichteten, Kreisarmen- oder Arbeitshäuser zu errichten, mit einer Beihilfe von je 5000 Mark zu unterstützen. Seit dieser Zeit sind bereits in 7 Kreisen solche Armenhäuser erbaut worden.

In Bayern sind Armenversorgungsanstalten seitens einzelner Districtsgemeinden erst neuerdings gegründet worden; hiervon abgesehen, fehlt es für noch arbeitsfähige Arme an entsprechenden Einrichtungen. Desgleichen besitzt Württemberg neben den gewöhnlichen Armenkathen nur wenige zweckentsprechend eingerichtete Armenarbeitshäuser.

Eine andere Art der Armenversorgung, die ein besonderes hygienisches Interesse bietet, ist die Unsitte des sogenannten Umhans (Rundessens, Unterstützung im Reihezuge), wie wir derselben in den sämtlichen östlichen Provinzen Preussens, aber auch in Bayern, Württemberg und andern deutschen Ländern begegnen, darin bestehend, dass die Ortsarmen bei den einzelnen steuerpflichtigen Dorfbewohnern der Reihe nach Verpflegung und Obdach erhalten oder in Erkrankungsfällen das Essen von denselben zugeschickt bekommen. Dass diese Art der Versorgung nicht nur die allerunwürdigste ist, sondern auch in gesundheitspolizeilicher Beziehung grosse Gefahren einschliesst, bedarf keiner weitem Ausführung. Wiederholt wurden auf diese Weise die Familien der Kostgeber nach einander nicht blos mit Krätze angesteckt, sondern es wurden auch in einer Reihe von Fällen und jedenfalls noch öfter, als es im einzelnen Falle festgestellt wurde, Diphtherie und Pocken auf diese Weise von einer Familie zur andern verschleppt. Auch unterliegt es keinem Zweifel, dass diese Art organisirten Bettels, die den zu Unterstützenden völlig der Willkür und dem Belieben des jedesmaligen Pflegers Preis giebt, ohne doch für die Erfüllung der den Gemeinden obliegenden Armenpflichten irgend eine Garantie zu bieten, dazu angethan ist, auf die Familie des Kostgebers, namentlich soweit es sich um Kinder und Dienstboten handelt, einen entsittlichenden Einfluss auszuüben. Trotzdem hat sich diese Art der öffentlichen Fürsorge in grosser Ausbreitung erhalten, zumal dieselbe nach Entscheidungen des Oberverwaltungsgerichts (Entscheidungen. Bd. V. S. 106 und Bd. VII. S. 132) dem § 1 des preussischen Gesetzes, betr. die Ausführung des Bundesgesetzes über den Unterstützungswohnsitz nicht widerspricht, vorausgesetzt, dass im gegebenen Falle weder ein Gemeindebeschluss noch eine Anordnung der Aufsichtsbehörde vorliegt, welche der Gemeindevorsteher zur Richtschnur zu nehmen hat.

Noch verdient eine Art der Armenversorgung Erwähnung, die darin besteht, dass den Armen gewisse kleine Parzellen Landes zum Kartoffelbau überlassen werden, unter der Bedingung, einen gewissen Theil der Ernte als Ersatz für Pacht und Aussaat zurückzuliefern. Diese Art der Fürsorge, die das Selbstgefühl, die Thätigkeit und Betriebsamkeit der Armen anzuregen geeignet ist, wurde seitens der Stadt Berlin schon vor mehr als 60 Jahren eingerichtet und hat neuerdings in Amerika Nachahmung gefunden.

Eine der wichtigsten socialen und hygienischen Aufgaben unserer Zeit, bei deren Lösung die öffentliche und communale Fürsorge mit der kirchlichen und freien Liebesthätigkeit wetteifernd Hand in Hand gehen muss, ist der Schutz der Kinder und jugendlichen Personen vor physischer und sittlicher Verwahrlosung. Ganz besonders ist die Sorge für die hilfsbedürftigen Kinder des Säuglingsalters, insbesondere diejenigen, die in fremde Pflege gegeben werden, weil die Erwerbsverhältnisse der Eltern und vornehmlich der Mutter derart beschaffen sind, dass sie das Kind nicht bei sich behalten können, der sog. Haltekinder, eine dringende Pflicht der socialen Hygiene. Die Lebensverhältnisse dieser Kinder durch besondere Schutzeinrichtungen zu bessern, muss als eine der wichtigsten Aufgaben der communalen Hygiene erachtet werden. Nach Uffelmann gab es in Deutschland im Jahre 1890 ca. 200000 Haltekinder, für die bisher so gut wie nichts geschehen ist. In erster Linie ist hier die Einrichtung von Centralstätten für die Versorgung und Ueberwachung verlassener, namentlich kranker Kinder der ärmsten Stände, nothwendig; hieran hätten sich naturgemäss Kinderschutzvereine anzugliedern, welche die Uebergabe der Kinder in die Haltepflege vermitteln und dieselben fortlaufend überwachen. Diese regelmässige Ueberwachung, bei der die Mitwirkung der Communalärzte und Frauenvereine unentbehrlich ist, hat sich vor Allem auf die Entwicklung und Ernährung des Kindes, auf Reinlichkeit, Lagerstätte, Kleidung, Wäsche, auf die Beschaffenheit der Wohnung, auf den Gesundheitszustand der Pflegemutter und deren Geeignetheit zum Aufziehen eines Kindes, die rechtzeitige Zuziehung ärztlicher Hilfe in Krankheitsfällen und weiter auf die Beschäftigung und den Schulbesuch zu erstrecken. Namentlich soweit die Haltekinder in Frage kommen, ist für Bereitstellung ärztlicher Hilfe in Krankheitsfällen nicht ausreichend gesorgt. In Leipzig hat das Armenamt die Armenärzte mit der Behandlung der Ziehkinder beauftragt und in einigen grösseren Städten haben eine Anzahl Aerzte ihre Kräfte freiwillig in den Dienst der Kinderschutzvereine gestellt. Die Oberaufsicht über die Kost- und Haltekinder in den einzelnen Kreisen wurde dem Kreisphysikus zu übertragen sein, wie es in Schleswig-Holstein vorgeschrieben und in Hessen und Bayern der Fall ist. Voraussetzung für ein erfolgreiches Wirken auf diesem Gebiet ist die Schaffung eines einheitlichen Kinderschutzgesetzes, wie solche in England und Frankreich, in Dänemark und Ungarn für die in fremder Pflege befindlichen Kinder bestehen. Namentlich ist in Frankreich die Beaufsichtigung derselben durch vom Staat angestellte Inspectoren, die meistens Ärzte sind, eine mustergiltige. In Belgien ist es ein über das ganze Land organisirter Privatverein, der die Fürsorge für verlassene Kinder übernommen hat; hier wie in Frankreich hat man bezüglich der Unterbringung das System der offenen Pflege angenommen.

Was die Einrichtungen für die zeitweilige Unterbringung der Säuglinge und der Kinder im vorschulpflichtigen Alter betrifft, so ist die Einrichtung von Krippen oder Säuglingsbewahranstalten speciell :

Deutschland hinter dem Bedürfniss weit zurückgeblieben. Die öffentliche Wohlthätigkeit, auf die dieselben fast ausschliesslich angewiesen sind, wendet sich ihnen, von den Unternehmungen einzelner Stiftungen, Vereinen und Arbeitgeber abgesehen, viel zu wenig zu, um dem hier vorliegenden socialen Bedürfniss zu genügen.

Besser gewürdigt in ihrer gemeinnützigen Bedeutung für Kleinkinderpflege und Erziehung sind bei uns namentlich in den letzten Jahren die Kinderbewahranstalten und Kindergärten, wenngleich Ausbreitung und Überwachung derselben im Vergleich mit andern Ländern, namentlich England, Schweiz, Frankreich, Belgien, England, Dänemark, noch viel zu wünschen übrig lassen. Nothwendig erscheint vor Allem, dass die Einrichtung und Leitung der Kleinkinderanstalten von der Erfüllung bestimmter Bedingungen nach der hygienischen Seite abhängig gemacht, und dass, soweit die private Wohlthätigkeit zur Erfüllung derselben ausser Stande sein sollte, die Behörden durch Gewährung von Unterstützungen oder durch selbstständige Errichtung von Anstalten dem vorliegenden Bedürfniss abhelfen.

Wenn es in Bezug auf die Waisenpflege keinem Zweifel unterliegen kann, dass eine noch so gut eingerichtete Anstaltspflege weder in physischer noch besonders auch in moralischer Beziehung eine gute und vollständige Familienerziehung zu ersetzen im Stande ist, da nur eine solche die Individualität der einzelnen Kinder wie die Bedürfnisse des körperlichen Lebens zu berücksichtigen geeignet ist, so bleibt andererseits die Thatsache bestehen, dass es namentlich in den östlichen Theilen der russischen Monarchie nicht immer gelingt, geeignete Familien zu finden, und dass ausserdem für Kinder, die bereits verwahrlost sind, die Anstaltspflege wenigstens vorübergehend unentbehrlich ist. Waisensorgen, namentlich soweit die ländlichen Waisen in Frage kommen, sind in den meisten Provinzen. Eine Ausnahme machen Ostpreussen

Rheinland, die die Waisenpflege ausreichend geregelt haben; auch Sachsen und Schlesien sind Kreis-Waisenhäuser und solche aus milt-

Stiftungen in grösserer Zahl vorhanden, während seitens der Provinzen nur vereinzelt (Wiesbaden, Sachsen) für die Waisenpflege Vorkehrungen getroffen ist. In der Provinz Hessen-Nassau werden mutterlose und mütterliche Waisen und mutterlose uneheliche Kinder, für deren Unterhalt bisher wenigstens nicht gesorgt ist, aus einem Centralfonds unter Zuschuss

Landarmenverbandes bis zum zurückgelegten 14. bzw. 15. Lebensjahre versorgt. Sehr viel besser liegen die Verhältnisse in dieser Beziehung in Bayern und Württemberg und namentlich in Baden, wo die Sorge für arme Kinder von sämtlichen Kreisverbänden des Landes als einem Gegenstand ihrer besonderen Thätigkeit gemacht ist. In Elsass-Lothringen nehmen die Hospitäler, die ausserdem gleichzeitig Pfründneranstalten zu sein pflegen, in der Regel auch Waisenkinder auf.

Vielfach werden Waisen und verlassene Kinder den erwähnten Landesarbeitshäusern zur Erziehung überwiesen, die für diesen Zweck in den allerseltensten Fällen geeignet sind. Bei der Unterbringung



derselben in Familienpflege kommt die Abgabe der Waisenkinder an den Mindestfordernden auch heute noch ausnahmsweise vor, und zwar nicht blos auf dem Lande, sondern auch in den Städten — kein Wunder, dass solche Kinder vielfach verkommen und verwahrlosen. Voraussetzung der Familienpflege ist, dass die Pflegeeltern zur Erziehung der Kinder nach allen Richtungen geeignet, dass sie gesund, ehrbar und rechtschaffen sind und ihre Geeignetheit durch Pfleger und Diakonissen jederzeit auf Sorgfältigste controlirt wird. Ganz besonders schwierig und verantwortungsvoll ist die Auswahl geeigneter Familien in solchen Fällen, wo es sich um Kinder handelt, die in Gefahr sind, zu verwahrlosen, oder die bereits über die erste Kindheit, die Zeit der grössten Empfänglichkeit für sittlich fördernde Einflüsse der Familie hinaus sind.

Nachahmenswerth erscheint das System der Waisenkolonien in Dresden, wo die Waisenkinder auf dem Lande bei kleinern Landwirthen und Häuslern untergebracht werden, während Geistliche und Lehrer als Waisenväter fungiren. Nur für solche Waisen, die in Familienpflege nicht gedeihen, oder die verwahrlost sind, wäre die Unterbringung in Waisenhäusern als Regel hinzustellen. Für diese Fälle ist den ländlichen mit landwirthschaftlichem Betrieb verbundenen Anstalten auch in Rücksicht auf die körperliche Entwicklung der Waisen der Vorzug zu geben. Von besonderer Wichtigkeit ist, dass in den geschlossenen Anstalten ärztlicher und hygienischer Beirath nicht fehlt, und dass für eine ausreichende und rationelle Ernährung der Insassen Sorge getragen ist.

Der grösste Uebelstand auf dem Gebiet der offenen Waisenflege war der vielfache Mangel einer ausreichenden Controle derselben. Hierin ist in letzter Zeit Vieles besser geworden, indem namentlich die grössern Städte, wie Berlin, Dresden, Leipzig, Düsseldorf, Frankfurt a. M., Dortmund, Köln u. a. zweckentsprechende Einrichtungen für die Ueberwachung der Haltung der von ihnen in offner Waisenflege untergebrachten Waisen getroffen haben. In Berlin fungiren als Aufsichtsorgane die durch Waisenflegerinnen unterstützten Gemeindewaisenräthe, während die in Aussenpflege untergebrachten Waisen ausser dem Gemeindewaisenrath der Controle des Ortsgeistlichen, Gemeindevorstehers, Lehrers oder sonstiger vertrauenswürdiger Personen unterstellt sind. In andern Städten, beispielsweise Cassel, betheiligt sich der Vaterländische Frauenverein, der eine seiner Sectionen in den Dienst der öffentlichen Armenpflege der Stadt gestellt hat, auch an der Controle der in der Stadt untergebrachten Mündel. Vor Allem wird zu fordern sein, dass die aufsichtsführenden Organe ihre Aufgaben auf dem Gebiet der Waisenfürsorge nicht blos in der Vermögensverwaltung suchen, sondern die Fürsorge für das leibliche und geistige Wohl ihrer Mündel und deren Ueberwachung auch nach dieser Richtung in den Kreis ihrer Aufgaben hineinbeziehen. Einem besonders dringenden wirtschaftlichen und sittlichen Bedürfniss trägt der in Berlin ins Leben gerufene freiwillige Erziehungsbeirath für schulentlassene Waisen Rechnung. Derselbe bezweckt, alle Waisenkinder so zu leiten und zu beraten.

ss sie einen ihren körperlichen, intellectuellen und sittlichen Fähigkeiten entsprechenden Beruf wählen, dass ihnen nach getroffener Wahl sich ferner durch Nachweisung eines geeigneten Arbeitgebers, durch Rath und Beistand, wo nöthig auch durch eine Beisteuer zu den Kosten der beruflichen Ausbildung Hilfe geleistet werde. Die Fürsorge, die vorbereitend schon im letzten Schulhalbjahr zu beginnen hat, soll sofort nach der Schulentlassung thatkräftig einsetzen. Bei der Berufswahl sollen vor Allem auch die eigenen Wünsche und Neigungen des Kindes berücksichtigt werden. Die Entscheidung über die Berufswahl soll in Konferenzen getroffen werden, an denen alle an der Erziehung und Ausbildung beteiligten Factoren, Mütter, Vormünder, Waisenräthe, Schulräthe, Aerzte, Fachmänner und auch die Pflegekräfte des Erziehungsvereins theilnehmen.

Auch das Vorgehen des Provinzialausschusses für innere Mission zw. des von demselben begründeten „Erziehungsvereins für die Provinz Sachsen“, der sich vorzugsweise die Unterbringung von Waisen in die Privatpflege angelegen sein lässt, verdient hier Erwähnung. Eine vielfältige Controlle ist ferner im Grossherzogthum Hessen durch die Kreisärzte vorgesehen und im Königreich Sachsen ist die communale Kinderfürsorge in verschiedenen Gemeinden durch Ausübung vormundtschaftlicher Functionen seitens der Armenbehörde wesentlich gefördert.

Rettungshäuser, aus milden Stiftungen, aus privaten Mitteln, von Seiten des Vaterländischen Frauenvereins, oder von Seiten der Provinzen erhalten, die sich vielfach nicht auf die nach dem Gesetz vom

März 1878, betr. die Unterbringung verwahrloster Kinder zur Zwangserziehung verurtheilten Kinder beschränken, sondern auch Waisen aufnehmen, sind in allen Landestheilen reichlicher vorhanden, wenn auch ebenso wie bei den Waisenhäusern in den letzten Jahren ein allseitiger Niedergang sich bemerklich gemacht und ein grosser Theil in Folge Pflege untergebracht ist. Letztere wird besonders gegenüber jüngeren

weniger verwahrlosten Kindern in Frage kommen. Hier wie bei der Unterbringung der Waisen und verlassenen Kinder wurde die Erfahrung gemacht, dass in den östlichen Provinzen weniger leicht Familien gefunden werden, welche zur Aufnahme von Pfleglingen willig und geeignet sind. Es erklärt sich hieraus, dass in den östlichen Provinzen, mit Ausnahme von Posen, in Bezug auf die Unterbringung verwahrloster Kinder die Anstaltspflege bedeutend überwiegt.

Als dringendes Bedürfniss hat sich für Preussen herausgestellt, dass verwahrloste Kinder allgemein zur Zwangserziehung zu bringen, ehe sie zu einer strafbaren Handlung kommen. Je früher die Entfernung aus einer demoralisirenden Umgebung erfolgt, um so eher ist Besserung zu erhoffen. Auch giebt es andere als grade strafrechtlich erfolglose Handlungen, welche die drohende Verwaarlosung anzeigen. Auch dass Kinder im Alter von über 12 Jahren, nachdem sie wegen Begehung einer strafbaren Handlung verurtheilt sind, der Zwangserziehung nicht unterliegen, ist vielfach als ein Mangel empfunden worden.

ganz besonders bei Mädchen, die in diesem Alter besondern Gefahren ausgesetzt sind, die bei rechtzeitiger Entfernung aus der Umgebung vermieden werden könnten. In Bayern stehen diese von geistlichen Orden errichteten und geleiteten Anstalten unter staatlicher Aufsicht und sind auch für solche Kinder bestimmt, die anders der Verwahrlosung anheimfallen würden; hier bedürfen auch, soweit die Familienpflege in Frage kommt, die Pflegeeltern in jedem Falle einer bezirksamtlichen Erlaubniss, die zu versagen ist, wenn die Besorgniss besteht, dass das körperliche und sittliche Wohl der Pfleglinge gefährdet ist. Das einzige Land, in dem die Criminalität Jugendlicher eine Abnahme zeigt, ist England, als dasjenige Land, in dem die Zwangserziehung seit lange eine bedeutende Entwicklung gefunden hat, und wo im letzten Decennium nicht weniger als drei Gesetze zum Schutze der verwahrlosten Jugend erlassen sind, während in Deutschland die Zahl der jugendlich Verurtheilten im Alter von 12 bis unter 18 Jahren) von 30791 (9,3 pCt.) im Jahre 1882 auf 46496 (11 pCt.) im Jahre 1892 zugenommen hat.

Auch in der Gestaltung der offenen Armenpflege im engeren Sinne zeigen die verschiedenen Landestheile und Provinzen erhebliche Unterschiede. Während in den Städten, soweit geeignete Kräfte zur Verfügung stehen, das System der Elberfelder Armenpflege — die Unterstützung Arbeitsunfähiger und Kranker nach vorausgegangener sorgfältiger individueller Prüfung durch die Armenpfleger, fortgesetzte Controle der Verhältnisse der Armen durch die Pfleger, Beschränkung des Geschäftskreises der Pfleger auf die Sorge für eine möglichst kleine Zahl von Familien oder Einzelstehenden, welche in der Regel vier nicht überschreiten soll, und Arbeitsnachweisung an die Arbeitsfähigen — mehr und mehr an Ausbreitung gewonnen und neben einer Verminderung der Ausgaben zu einer intensiveren Gestaltung der offenen Armenpflege geführt hat, liegen die Verhältnisse in den kleinen und mittelgrossen Städten und ganz besonders auf dem platten Lande vielfach ausserordentlich ungünstig. Zu dem häufig gänzlichen Mangel an Verständniss für die Aufgaben der Armenpflege, für die Ziele und Zwecke der Socialhygiene gesellt sich namentlich in den Bezirken des Ostens, als die Handhabung einer erfolgreichen Armen- und Armenkrankenpflege ausserordentlich erschwerend, das Fehlen einer Gemeinde-Diakonie, sowie das Fehlen fest angestellter Armenärzte. Relativ besser gestaltet sich die Armenfürsorge auf solchen Gütern, wo die Handhabung der Armen- und Armenkrankenpflege nicht als Armenlast geübt, sondern als eine auf dem persönlichen Verhältniss des Guts Herrn zu seinen Leuten beruhende Standespflicht angesehen wird. Im Uebrigen kommen neben Geldunterstützungen Zuwendungen von Naturalien, von Ackerland, von Feuerung, sowie Miethsunterstützungen in Anwendung. Vielfach werden Hilfsbedürftige, soweit sie nicht in Anstalten der Gemeinde oder höhern Verbände oder der Wohlthätigkeitsanstalten Aufnahme finden, bei ärmeren Familien gegen Entschädigung und Lieferung der nothwendigsten Lebensmittel seitens der Gemeinden untergebracht.

Zu den bisher vielfach vernachlässigten Aufgaben einer richtig ge-

teten Armenpflege gehört es, dass die Armenverwaltung in denjenigen Orten, in denen die statutenmässigen Leistungen der Krankenkassen ihre Grenze erreicht haben, ohne dass eine Wiederherstellung des Kranken erfolgt ist, alsbald, soweit erforderlich, helfend eintritt und da, wo es sich um einen Kranken handelt, die zugleich der Invaliditätsversicherungspflicht unterliegen, veranlasst, dass die Versicherungsanstalt die Fürsorge für diesen Kranken gemäss § 12 des Reichsgesetzes vom 22. Juni 1889 übernimmt. Sache der Vorstände der Krankenkassen wird es sein, derartige Fälle rechtzeitig zur Meldung zu bringen. Nothwendig erscheint die Forderung, dass sich die Zahlung der Invalidenrente unmittelbar an das Aufhören der Krankenunterstützung anschliesst. Die jetzt vorhandene Lücke auszufüllen, ist nach dem Vorgange der Vereinigung für Fürsorge für kranke Arbeiter in Leipzig der Zweck besonderer Vereinsbestrebungen geworden.

Eine private Armenpflege, die sich die Fürsorge für Unbemittelte, aber nicht im strengen Sinne der Armenpflege Hilfsbedürftige und Nothdende zur Aufgabe stellt, mit ihren Aufträgen die Verhütung der Arbeitslosigkeit, des Elends und Lasters, auf die Pflege von Kranken und Wöchnerinnen, auf die Unterbringung kränklicher, schwächlicher und pflichtloser Kinder, auf die Sorge für gesunde Wohnungen und geregelte Miethszahlung, auf die Bereitstellung von Krankenpflegerinnen, auf die Verbreitung volks- und hauswirthschaftlicher Kenntnisse u. a. gerichteten Bestrebungen ist in einem grossen Theil der östlichen Provinzen auf dem Lande kaum in den ersten Anfängen vorhanden. Auch die Thätigkeit des Vaterländischen Frauenvereins, der im Jahre 1896 in 122 Zweigvereinen 140470 Mitglieder umfasste und in dessen Dienst im Jahre 1896 1386 Pflegerinnen thätig waren, erstreckt auf das platteland und sich immer noch viel zu wenig, und doch wäre auch hier neben der eigentlichen Krankenpflege ein reiches Feld der Thätigkeit in der Aufsichtigung der Waisen, der Pflege- und Haltekinder, der Leitung von Kleinkinder-Bewahranstalten, von Arbeits- und Sonntagsschulen, der Einrichtung und Unterhaltung von Bibliotheken, der Sorge für die Siechen und Gebrechlichen, für die Wöchnerinnen etc. gegeben. Eine Ausnahme machen in dieser Beziehung die westlichen Provinzen, die industriellen Theile Schlesiens und einzelne grosse Landkreise, wie Breslau und Königsberg, in denen Zweigvereine des Vaterländischen Frauenvereins bereits vielfach auch auf dem Lande segensreich thätig sind.

In den westlichen Provinzen hat sich die private Armenpflege vorzugsweise in den auf kirchlichem Boden erwachsenen zahlreichen Vereinen und Genossenschaften entwickelt, die hier auf den verschiedensten Gebieten der Armen- und Armenkrankenpflege thätig sind. Ganz besonders entfalten die evangelischen und katholischen Vereine eine reichhaltige erspriessliche Thätigkeit in der geschlossenen Armen- und Krankenpflege. Specieell mit der Waisenpflege beschäftigt sich der evangelische Stalozzi-Verein, der für geeignete Unterbringung der Waisen Sorge trägt und eine fortdauernde Controle ausübt.



auf die Ausbildung von Krankenpflegerinnen gerichteten Bestrebungen ins der vornehmsten Ziele der Armenpflege sein.

Neben der Thätigkeit der Diakonissen, der Ordensbrüder und Schwestern, des Vaterländischen Frauenvereins, der Vereine und Stiftungen zur Ausbildung von Krankenpflegerinnen dienen der vorbeugenden Armenpflege alle jene zahlreichen Vereine und Bestrebungen, die darauf abzielen, der Verarmung, der Unwirthschaftlichkeit und Unsittlichkeit, sowie der physischen Entartung entgegenzuwirken. Je mehr diese Vereine bestrebt sind, den Arbeiter auch wirthschaftlich selbstständig zu machen, um so sicherer werden sie dem letzten Ziel der Armenpflege, der Verarmung vorzubeugen, gerecht werden. Von besonderer Bedeutung sind deshalb die auf hauswirthschaftliche Erziehung des heranwachsenden weiblichen Geschlechts sowie die auf Hebung und Verbilligung der Volksnahrung gerichteten Bestrebungen.

Die Verbreitung richtiger Grundsätze der Ernährung in den Kreisen der arbeitenden Klassen ist um so wichtiger, als es feststeht, dass der Arbeiter im Allgemeinen unrationell lebt und vielfach minderwerthige Nahrungsmittel einkauft, ohne von der Verkehrtheit seiner Lebensweise überzeugt zu sein. Auch lehrt die Erfahrung, dass, je ungenügender die Ernährung des Arbeiters, um so höher im Allgemeinen die Kosten des Branntweinconsums sich stellen. Deshalb verdienen neben der Verbreitung volkwirthschaftlicher Kenntnisse besondre Unterstützung die auf die Errichtung guter Speiseanstalten gerichteten Bestrebungen sowie ferner die Thätigkeit der Consumvereine und Einkaufsgenossenschaften, soweit sie sich auf die Beschaffung der wichtigsten Lebensmittel und Bedarfsartikel für den kleinen Mann und Arbeiter erstrecken, die für den Arbeiter eine Ersparniss bedeuten, die bei einzelnen Artikeln bis zu 50 Procent beträgt.

Zu erwähnen sind hier noch die auf die Sorge für Obdachlose gerichteten Bestrebungen. Hierher gehört die Aufnahme derselben in städtische Anstalten zur vorübergehenden Beherbergung für Nichtsesshafte, mit der ausdrücklichen Verpflichtung zu entsprechender Arbeitsleistung, die Gewährung von Miethsunterstützungen, die nachträgliche Miethszahlung behufs Auslösung des sonst dem Vermiether verfallenden Miethsraths sowie die Vermittelung neuer Wohnungsgelegenheiten und die Ueberführung in den grössern Städten ins Leben gerufenen Wärmehallen.

Zur vorbeugenden Armenpflege gehören endlich auch die seitens der Kommunen bzw. Kreise unterhaltenen Naturalverpflegungsstationen, wie die Arbeitercolonien. Dass diese Anstalten, die sich jetzt, wenn auch in sehr verschiedener Dichtigkeit, über das ganze deutsche Reich vertheilen — mit Ausnahme von Mecklenburg-Schwerin, Reuss j. L., Hamburg und Lübeck — trotz mancher Schattenseiten im Allgemeinen günstig gewirkt haben, geht daraus hervor, dass die Zahl der auf Grund der §§ 361 und 362 des Strafgesetzbuchs der Landespolizeibehörde überwiesenen Personen in einzelnen Bezirken von Jahr zu Jahr erheblich zurückgegangen ist. In Preussen sank die Zahl der Corrigen-

den von 23808 im Jahre 1882 auf 8605 im Jahre 1890, und in Deutschland wurden im Jahre 1890 9456 Corrigenden weniger eingefertigt als im Jahre 1885; das macht an Kosten  $1\frac{3}{4}$  Millionen Mark die deutschen Länder für die Insassen der Correctionsanstalten zu zahlen hatten als 1885.

Soll aber die private Armenpflege und Wohlthätigkeit mit vielen, das gleiche Ziel verfolgenden Vereinen und Bestrebungen zu einem Unsegen werden, soll sie ihren Zweck einer harmonischen Ergänzung der öffentlichen, ausschliesslich auf das Nothwendige beschränkten Armenpflege erfüllen, so ist erstes Erforderniss eine enge Verbindung der privaten, kirchlichen und amtlichen Armenpflege. Auch in Rücksicht auf den Erwerb des Unterstützungswohnsitzes ist es wichtig, dass die private Wohlthätigkeit in enger Verbindung mit der öffentlichen Armenpflege arbeitet; denn die jährige Frist, die zum Erwerb des Unterstützungswohnsitzes ausgesetzt ist, wird unterbrochen, wenn Jemand in dieser Zeit durch öffentlichen Mitteln Armenunterstützung erhält, nicht aber, wenn er von Privaten oder Vereinen unterstützt wird. So ist es nicht selten, dass Leute sich während der zur Erwerbung des Unterstützungswohnsitzes vorgeschriebenen Zeit von Privatvereinen unterstützen lassen, um dann an die amtliche Armenpflege heranzutreten. In vielen Städten ist eine enge Verbindung der amtlichen und privaten Armenpflege darauf beschränkt geblieben, dass Vertreter der betreffenden Vereine Sitz und Stimme in der Armenbehörde haben oder doch zu den Sitzungen zugezogen werden, während in andern Städten umgekehrt Vertreter der amtlichen Armenpflege an der Geschäftsführung der Privat-Wohlthätigkeitsvereine theilnehmen. Auch ist eine regelmässige Auskunftsertheilung seitens der Vereine vielfach vorgesehen. Erst vereinzelt ist es zur Schaffung eigentlicher Centralstellen für Armenpflege und Wohlthätigkeit in den grösseren Städten gekommen, nachdem das im Jahre 1883 in Dresden gegründete „Centralbureau für Armenpflege und Wohlthätigkeit“, das allen Privaten und Vereinen bei Ausübung ihrer Wohlthätigkeit behilflich ist, sich als vorzügliche Auskunftsstelle bewährt hatte, die alle wichtigen, principielle Vorfragen, die privatim gar nicht beantwortet werden können, wie Aufenthaltsdauer des Nachsuchenden, etwaige Bestrafungen, schon erhaltene Unterstützungen etc. erledigt. Ausser Dresden haben Halle, Elberfeld, Posen u. a. und neuerdings auch Berlin solche Centralstellen für die Controle der Wohlthätigkeitspflege geschaffen, deren Geschäfte von einem Beamten des städtischen Armenbureaus besorgt werden, und deren jede seitens der Privat-Wohlthätigkeitsvereine gewährte Unterstützung angezeigt wird. In Berlin hatten sich im ersten Jahre des Bestehens der Centralstelle von den 300 Vereinen und Körperschaften, mit denen die Centralstelle in Verbindung trat, 160 den Bestrebungen derselben angeschlossen.

Je mehr diese private Wohlthätigkeit, die vornehmlich eine ergänzende sein soll, sich in den Dienst der Gemeinde stellt, sei es

heitlichem Zusammen- oder in einem organischen Nebeneinander-  
 rken, wie es beispielsweise seitens des badischen Frauenvereins ge-  
 nient, der als anerkanntes Organ in allen Fragen der ergänzenden  
 men- und Waisenpflege und verwandter Gebiete segensreich wirkt,  
 e desgleichen seitens einer Reihe von Zweigvereinen der Vaterländischen  
 auenvereine (Elberfeld, Krefeld, Cassel, Stettin), um so segensreicher  
 rd ihre Liebesthätigkeit sich gestalten.

## II.

Wie in der Armenpflege müssen wir auch in der Armenkranken-  
 lege unterscheiden zwischen der Krankenbehandlung und Krankenpflege  
 s solcher und der vorbeugenden Armenkrankenpflege. Letztere fällt  
 it der präventiven Armenpflege zusammen, soweit deren Bestrebungen  
 arauf gerichtet sind, die den Armen drohenden Krankheitsursachen  
 öglichst aus dem Wege zu räumen, das Erkranken der ärmern Be-  
 ölkerung nach Möglichkeit zu verhüten.

Neben der Sorge für eine rationelle Ernährung mit Einschluss der  
 seitigung der Unmässigkeit, namentlich im Alkoholgenuss, der Bereit-  
 ellung guter und billiger Wohnungen gehören hierher tadellose Haus-  
 d Gemeinde-Einrichtungen, die auch der übrigen Bevölkerung zu Gute  
 nmen, und die einen um so wirksameren Schutz gegen Seuchen ge-  
 hren, je sachgemässer diese Anlagen eingerichtet sind und je sorg-  
 iger sie überwacht werden. Ausser den Einrichtungen für Wasser-  
 sorgung, für Beseitigung der festen und flüssigen Abfallstoffe gehören  
 her alle Bestrebungen, die darauf abzielen, den Sinn für Reinlichkeit  
 der ärmeren Bevölkerung zu heben, vor Allem also die Bereitstellung  
 ckentsprechender Badeeinrichtungen in Gemeinde, Schule und Haus.  
 diesen Aufgaben der vorbeugenden Armenkrankenpflege sind neben  
 Gemeinde-Aerzten und der Gemeinde-Diakonie vor Allem auch die  
 eine vom rothen Kreuz mitzuwirken berufen.

Die sogenannte offene Armen-Krankenpflege ist auf dem Lande  
 rall da eine mangelhafte und unzureichende, wo Armenärzte nicht

Verfügung sind und wo eine Gemeinde-Diakonie nicht eingerichtet

Unter diesen Mängeln leidet, wie erwähnt, ein grosser Theil der  
 lichen Provinzen Preussens, wo über Fälle ungewöhnlicher Härte und  
 ecksichtslosigkeit seitens bauerlicher Ortsarmenverbände vielfach berichtet  
 rd, wo bei acuten Krankheiten ein Arzt von den Armenverbänden nur  
 snahmsweise zugezogen wird und zumeist nur chronisch Kranke, wenn  
 e dem Siechthum verfallen und der Gemeinde lästig geworden sind oder  
 hwere operative Fälle einem Krankenhause überwiesen zu werden  
 legen.

Abgesehen von Elsass-Lothringen, wo auf dem Lande eine geord-  
 te Krankenpflege dadurch gewährleistet ist, dass die Kantonalärzte zur  
 entgeltlichen Behandlung aller armen Kranken verpflichtet sind und zu



diesem Behuf theils regelmässige Sprechstunden in ihrer Wohnung, theils in anderen geeignet gelegenen Gemeinden anberaumen oder auch in bestimmten Zeiträumen Rundfahrten in den Ortschaften ihres Bezirks zu unternehmen haben, sind es die beiden westlichen Provinzen ferner die Regierungsbezirke Kassel und Sigmaringen, Schleswig, sowie Theile der Provinz Hannover, des oberschlesischen Industriebezirks und des Regierungsbezirks Erfurt und von andern deutschen Ländern Bayern, Württemberg, Baden, Sachsen, Sachsen-Weimar und Sachsen-Altenburg, in denen die Behandlung der Armen in Krankheitsfällen durch Anstellung von Armenärzten in mehr oder weniger grosser Ausdehnung auch auf dem Lande sichergestellt ist. Erleichtert wird dieselbe ausserdem wesentlich in denjenigen Landestheilen, wo für die Zwecke der Armenkrankenpflege milde Stiftungen existiren, wie namentlich in den westlichen Theilen der Monarchie, oder wo wie in Sigmaringen den Gemeinden besondere Armenfonds zur Verfügung stehen oder besondere Zweckverbände behufs Beschaffung ärztlicher Hilfe gebildet sind.

Daneben ist von besonderer Wichtigkeit und Bedeutung die Gemeindepflege und zwar nicht nur für die Zwecke der eigentlichen Krankenpflege, sondern ebenso sehr für die der vorbeugenden Armenkrankenpflege. In dieser Beziehung ist es die ebenso grosse wie dankbare Aufgabe der Gemeindepflegerin, den Sinn für Reinlichkeit in die Hütten der Armuth und des Elends zu bringen, richtige Grundsätze einer gesunden Ernährung, namentlich auch bezüglich der Kinderernährung zu verbreiten, und durch erziehliche Einwirkung auf die Frauen und das heranwachsende Geschlecht physischer und sittlicher Entartung, insbesondere auch der Branntweinpest entgegenzuwirken.

Es erhellt hieraus die ausserordentliche Bedeutung, die der Gemeindepflegerin für die gesundheitliche und wirthschaftliche Hebung der untern Volksklassen zukommt.

Aber auch bei der Durchführung des Krankenkassen-, Unfall- und Invaliditätsversicherungsgesetzes wird die Mithilfe der Gemeindeschwester dankbar zu begrüssen sein, und zwar in der Richtung, dass sie dafür Sorge tragen, dass, wie die Kranken im Allgemeinen und die armen Kranken im Besonderen, so auch die Mitglieder von Krankenkassen wie desgleichen Unfallverletzte so schnell als möglich ärztlicher Hilfe zugeführt werden, nachdem sie, soweit erforderlich, die erste Nothhilfe geleistet haben. Sie werden ferner dafür zu sorgen haben, dass die ärztlicherseits angeordneten medicamentösen und sonstigen Maassnahmen aufs Sorgfältigste durchgeführt werden, während sie andererseits jeder über den Rahmen der eigentlichen Krankenpflege hinausgehenden Thätigkeit, wie desgleichen jedes selbstständigen Verordnens von Arzneien und Stärkungsmitteln, von Nothfällen abgesehen, sich zu enthalten haben. Je mehr die Thätigkeit der Gemeindeschwestern zugleich auch für Zwecke der Krankenkassen und weiterhin der Berufsgenossenschaften und Invaliditäts- und Altersversicherungsanstalten nutzbar gemacht wird, je leichter erreichbar ärztliche Hilfe wird.

chgemässe Behandlung in einem Krankenhause zur Verfügung steht, so erspriesslicher wird sie diese ihre Wirksamkeit auf dem Gebiet der vorbeugenden Armenkrankenpflege gestalten. Hier geeignete Organisationen zu schaffen, wie es beispielsweise im Landkreise Königsberg i. Pr. Dank der Initiative des Vaterländischen Frauenvereins bereits seit Jahren der Fall ist, liegt ebenso im Interesse der Kranken selber wie der Kreis-Communalverwaltungen und der Organe der socialpolitischen Gesetzgebung.

Auf dem Gebiet der wirthschaftlichen Fürsorge sind, wie das Beispiel des Hauspflegevereins in Frankfurt a. M. beweist, die Frauenhauspflegevereine segensreich zu wirken berufen. Hauptsächlich sollen diesen Hauspflegerinnen die Fürsorge für die Kinder, die Küche, die Wäsche u. s. w. in denjenigen Fällen obliegen, wo die Frau in Folge Krankheit an der Ausübung dieser ihrer Pflichten gehindert ist.

Für einzelne Zweige der Armenkrankenpflege, namentlich für die Pflege von Wöchnerinnen, sind ausserdem besondere Helferinnen und Pflegerinnen nothwendig, um deren Bereitstellung die Zweigvereine des Vaterländischen Frauenvereins vielfach sich verdient gemacht haben. Besondere Erwähnung verdient hier der im Jahre 1894 von Professor Zimmer in Herborn gegründete evangelische Diakonie-Verein, der solchen Frauen, die die Gemeinschaft der Diakonissen-Familie des Mutterhauses nicht wünschen, in dem Verein zur Sicherstellung von Dienstleistungen der evangelischen Kirche eine Gemeinschaft bietet. Die Ausbildung erstreckt sich in speziellen Diakonie-Seminaren.

Von besonderer Bedeutung für die vorbeugende Armenkrankenpflege sind endlich die Armenpfleger und besonders die Armenpflegerinnen. Voraussetzung ist, dass sie ebenso wie die Gemeinde-Diakonissen und Hebammen für ihren Beruf in ausreichender Weise vorbereitet sind. In neuerer Zeit sind einige Städte bereits dazu übergegangen, Armenpflegerinnen unter ihr angestelltes Armenpflegepersonal aufzunehmen, eine Einrichtung, die sich nach den Verhandlungen der 16. Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Armenpflege und Wohlthätigkeit

bewährt hat. In Cassel arbeiten in jedem der 13 Bezirke neben einem Armenrath eine bestimmte Zahl männlicher und zwei weibliche Armenpfleger und ein Armenarzt. Aufgabe der Armenpflegerinnen ist vor Allem, darauf hinzuwirken, dass die bewilligten Geldbeträge in bestimmter Weise seitens der Empfänger verwendet werden. Ausserdem ist die Armenpflegerin die Aufgabe, die Pflegekinder ihres Bezirks zu überwachen und dieselben mindestens zweimal im Monat zu besuchen, und endlich haben die Armenpflegerinnen noch eine Art Wohnungsaufsicht über den Stadt gehörigen und seitens derselben an kleine Leute veretheten Wohnungen auszuüben und sich davon zu überzeugen, ob die Miether ihren Pflichten in Bezug auf Ordnung, Reinlichkeit und sittliche Führung nachkommen.

Von den Fällen abgesehen, wo Krankenhäuser am Ort oder nahe

ablehnen, eine Verkenennung des ersten und wichtigen Krankenhauses, durch möglichst frühzeitige Aufsolcher Kranken einer Verbreitung der verschleppbaren Krankheiten entgegenzuwirken.

Tritt der Fall ein, dass ein Ortsarmer oder Zu krank wird, dass seine Transportfähigkeit fraglich sich die Mehrzahl der ländlichen Gemeinden in Pre Verlegenheit. Ist ein Armenhaus vorhanden, so Jemand da, der die Wartung und Pflege übernehm gesehen davon, dass die gewöhnlichen Armenhäuser Kranken gänzlich ungeeignet sind. In diesem Falle übrig, als dem Kranken gegen Entgelt einen Wärte in einer Familie unterzubringen, die die Wartung nehmen bereit ist, beides Eventualitäten, deren Verw aller Berechnung und deren Durchführung nur unter Verhältnissen möglich ist. Dass die Zuziehung ärz Lande in allen diesen Fällen in der Regel erst sehr erfolgt, fällt um so weniger auf, als auch diejenige mische Lage es gestatten würde, einen Arzt in Krar zu ziehen, mit dieser Zuziehung möglichst lange zü davon absehen, besonders wenn ein Kurpfuscher, der Nähe ist. Es kommt hinzu, dass die Kosten licher Hilfe auf dem Lande, ganz besonders in wo die Aerzte sehr zerstreut wohnen, wie in Ost Posen und Pommern, und wo auf dem Lande nur ansässig sind, vielfach nicht unerhebliche sind. Wä Landestheilen Preussens die Kosten für die offene Gemeinden kann den Gemeindegemeinschaften nicht

ermittelst ehrenamtlicher Kräfte und bezahlter Beamten geübt wird, auf dem Wege der Selbstverwaltung auch auf dem Lande einzurichten und mit der staatlichen Aufsicht in Verbindung zu bringen, ist ein dringendes Bedürfniss. Auch die Aufsicht, die nach dem Gesetz die höheren Verwaltungsbehörden auszuüben haben, bedarf nach der sanitäts-polizeilichen Seite einer Ergänzung, in sofern es nothwendig ist, dass alle Einrichtungen, die der öffentlichen Armenpflege dienen, mit Einschluss der Armenhäuser und Hospitäler, der Siechen-, Waisen- und Rettungshäuser bezüglich Einrichtung und Verpflegung der Controle seitens des Medicinalbeamten dauernd unterstellt werden.

Es muss ferner darauf hingewirkt werden, dass überall da, wo Aerzte auf dem Lande ansässig sind, dieselben seitens eines grösseren Verbandes als Armenärzte verpflichtet werden, und dasselbe gilt für solche Ortschaften, die in der nächsten Umgebung der Städte gelegen sind; für die übrigen Ortschaften würden die nächst wohnenden Aerzte entsprechend zu verpflichten und die betreffenden Gemeinden oder Verbände zur Bestreitung der Arzt- und Arzneikosten, sei es in voller Höhe oder in einem bestimmten Verhältniss, heranzuziehen sein.

Für diese Bereitstellung nicht bloss armenärztlicher, sondern überhaupt ärztlicher Hilfe und deren Vermehrung auf dem Lande sprechen neben allgemeinen hygienischen und socialpolitischen Gründen auch solche nationalöconomischer Natur: von dem volkswirtschaftlichen Schaden abgesehen, den die Nichtzuziehung ärztlicher Hilfe bedeutet, unterliegt es keinem Zweifel, dass das Emporwuchern der Kurpfuscherei, ganz besonders auf dem Lande, das Ueberhandnehmen der kurirenden Schäfer, Lehrer und Wunderdoctoren, der Urinbeschauer, Naturheilkünstler und wie sie sich sonst nennen, seinen wesentlichen Grund in dem Mangel ärztlicher Hilfe hat und in der Schwierigkeit, solche zu erlangen. Wo bestimmte Zahlen vorliegen, konnte fast überall eine Zunahme der Kurpfuscherei, und zwar eine recht erhebliche, nachgewiesen werden. So vermehrte sich im Königreich Sachsen die Zahl der gewerbsmässigen Kurpfuscher von 323 im Jahre 1876 auf 503 im Jahre 1887 und 616 im Jahre 1892, und zwar betraf diese Zunahme sämtliche Regierungsbezirke, am stärksten die Bezirke Zwickau und Dresden.

Auch ist es Thatsache, dass die Verbreitung und das Ansehen der Kurpfuscher und folgeweise auch der durch dieselben angerichtete Schaden auf dem Lande im Allgemeinen grösser ist als in den Städten. Bei einer Untersuchung dieser Verhältnisse für den Regierungsbezirk Oppeln, in der sich etwa ein Drittel der Aerzte betheiligte, wurden 67 gewerbsmässige Kurpfuscher gezählt, von denen 49 auf das platte Land kamen.

Aus den periodisch-statistischen Erhebungen über das Heilpersonal ergiebt sich für Preussen, dass der Andrang der Aerzte nach den grossen Städten in der Zunahme begriffen ist, dass dagegen für die Bevölkerung in den kleinen Städten und auf dem Lande die Beschaffung ärztlicher Hilfe immer schwieriger und kostspieliger geworden ist. Bezüglich der Vertheilung der Aerzte nach der Grösse der Gemeinden ergiebt sich,



ist gestattet ist, ja in vielen Gegenden einen Rückgang der Zahl der Erkranken erkennen lässt.

Wie in der offenen Armenkrankenpflege auf dem Lande ausschliesslich die vielfach mangelnde Einsicht des Gemeindevorstandes entscheidet, muss es als einer der grössten Uebelstände in der geschlossenen Armenkrankenpflege erachtet werden, dass anstaltsbedürftige arme Kranke entweder überhaupt nicht oder zu spät einer sachgemässen Anstaltspflege übergeführt werden. Im Interesse dieser Hilfsbedürftigen ist es erforderlich, dass die Anstaltspflege allen Kranken zugänglich gemacht wird, die einer besonderen Wartung und Pflege bedürfen, die sie in ihrer Wohnung nicht finden können, ferner allen denjenigen, deren Wohnungs- und sonstige Verhältnisse eine Heilung und Wiederherstellung in ungenügender Weise beeinflussen, oder zu deren Heilung gewisse technische Vorkehrungen erforderlich sind, die die Hauspflege nicht gewähren kann, wie endlich allen an übertragbaren Krankheiten Leidenden. Neben rein ärztlichen können auch wirtschaftliche Gesichtspunkte bei der Ueberweisung in Anstaltspflege mitbestimmend sein, und zwar in denjenigen Fällen, wo durch das Verbleiben der Kranken in der Familie Angehörige derselben in ihrer Erwerbsfähigkeit gestört werden. Namentlich gegenüber den dauernd Kranken — Geisteskranken, Epileptischen, Lungenkranken, Siechen u. s. w. — wird dieser Gesichtspunkt sich geltend machen, soweit hier die Anstaltspflege nicht schon aus rein ärztlichen Gründen geboten ist. Ist der Begriff der Anstaltsbedürftigkeit in dieser Weise festgelegt, dann darf die Ueberweisung der armen Kranken nicht mehr wie bisher ausschliesslich von dem Befinden der Ortsarmenverbände abhängig sein, sondern dieselben müssen ebenso wie die Krankenkassen-Vorstände gehalten sein, in den genannten Fällen die Anstaltspflege auch wirklich herbeizuführen, vorausgesetzt, dass ein Transport der Kranken nach ärztlichem Gutachten ohne Gesundheitsschädigung ausführbar ist. In der Hinsicht der Armenpflege im Allgemeinen fehlt es auch hier bei jeder Controle der Thätigkeit der Armenverbände. Besser liegen die Verhältnisse in einigen der kleineren Bundesstaaten; so ist beispielsweise in Baden der Bezirksarzt verpflichtet, anstaltspflegebedürftige Gebrechliche, von deren Vorhandensein er Kenntniss erhält, dem Bezirksamt zu melden.

Die Höhe der Verpflegungssätze in den Krankenanstalten kann im Allgemeinen nicht als ein Hinderungsgrund für die Ueberweisung in die Anstaltspflege erachtet werden, nachdem in den allgemeinen Krankenanstalten der Grundsatz zum Princip erhoben ist, dass von den verschiedenen Ortsarmenverbänden, wie desgleichen von den Krankenkassen-Vorständen nur die Kosten der Verpflegung im eigentlichen Sinne erhoben werden, während die allgemeinen Verwaltungskosten, also insbesondere die Kosten der Errichtung und Unterhaltung der Anstalt, die Besoldung des ärztlichen und Pflegepersonals u. s. w. von den Krankenhaus-Vorständen getragen werden. Die Nothwendigkeit hierfür ergibt sich aus der Erwägung, dass ebenso wenig wie die Armenverbände auch die

Mehrzahl der Krankenkassen nicht in der Lage sind, für sich die Anstaltspflege zu übernehmen. Von so durchgreifendem Einfluss das Krankenversicherungsgesetz auf die Anstaltspflege gewesen ist und noch weiter sein wird, würden doch die Krankenkassen in ihrer grossen Mehrzahl auch bei einer Erhöhung der Beiträge bis zur gesetzlich zulässigen Höhe nicht in der Lage sein, die wirklichen Kosten der Anstaltspflege für ihre Kranken zu übernehmen. Dem steht nicht entgegen, dass einzelne besonders grosse Fabriks- und Betriebskrankenkassen ebenso wie die Knappschaft eigene Krankenanstalten unterhalten, die, wie namentlich diejenigen der Knappschaft, im Allgemeinen allen Forderungen der Hygiene in vollkommenster Weise entsprechen und durch Verwerthung der neuesten Erfahrungen auf dem Gebiet der Krankenhauspflege vielfach anregend und fördernd auf weitere Kreise, namentlich soweit auch die privaten und von Corporationen unterhaltenen Anstalten in Frage kommen, gewirkt haben.

Trotz der geringen Höhe der Verpflegungssätze in den allgemeinen Krankenanstalten muss es als im öffentlichen Interesse gelegen erachtet werden, diese Kosten, soweit namentlich die Ortsarmenverbände für die Zahlung derselben aufzukommen haben, noch weiter zu ermässigen und eventuell bei rechtzeitiger Inanspruchnahme ganz fallen zu lassen. Dies gilt in erster Linie bezüglich der Geisteskranken, hinsichtlich deren ebenso wie der Epileptischen und Idioten, Taubstummen und Blinden die Anstaltspflege am meisten vorgeschritten und der Begriff der Anstaltspflege bedürftigkeit in den Reglements der Provinzial-Irrenanstalten festzulegen versucht worden ist. Bis zu dem Gesetz vom 11. Juli 1891 galt der Grundsatz, dass die Provinzialverbände von den Ortsarmenverbänden möglichst wenig Kosten sich ersetzen liessen. Einzelne Provinzialverbände verpflegten alle Geisteskranken unentgeltlich, andere wenigstens die heilbaren und gemeingefährlichen und zum Theil auch die unvernünftigen (Schlesien), wieder andere beschränkten sich auf die heilbaren. In der Rheinprovinz wurde gewöhnlich ein Freijahr bewilligt, um auf die Weise die möglichst schnelle Zuführung der heilbaren Kranken zu den Anstalten zu erreichen; unheilbar gewordenen wurde die Freistelle bald wieder entzogen. Auf der anderen Seite war die Sorge für die Idioten, Epileptischen, Taubstummen und Blinden grossentheils den Ortsarmenverbänden überlassen, die nur insoweit eintraten, als den betreffenden Kranken Freistellen gewährt wurden. Nachdem das Gesetz vom 11. Juli 1891 ein Zurückgreifen auf die unteren Verbände hinsichtlich der Verpflegungskosten zugelassen hat, haben, soweit bekannt geworden, eine Reihe von Provinzen hiervon Gebrauch gemacht. Dass eine Heranziehung der Ortsarmenverbände bis zu einem Drittel des täglichen Verpflegungssatzes, so niedrig derselbe bemessen ist, nicht im öffentlichen Interesse gelegen ist, lehren die inzwischen gemachten Erfahrungen. Sehr häufig kommt es jetzt vor, dass Anträge, die im Interesse der Kranken wie der Umgebung nothwendig gestellt werden müssten, aus Scheu vor den entstehenden Kosten unterbleiben oder, wenn schon ge-

lt, wieder zurückgenommen werden. So kommt es, dass in diesen Provinzen nur ein verhältnissmässig sehr geringer Theil der anstalts-gebedürftigen Geisteskranken in Anstalten untergebracht ist, während übrigen, über deren Zahl nur gelegentlich besonderer Zählungen fschluss gewonnen wird, jeder weiteren Controle entzogen bleiben.

kommt hinzu, dass das Gesetz ausschliesslich die hilfsbedürftigen isteskranken berücksichtigt, und dass für die unvernünftigen und nderbegüterten, nicht direct hilfsbedürftigen Geisteskranken, Idioten d Epileptischen keinerlei Fürsorge getroffen ist; denn die Bestimmung, ss auch nicht hilfsbedürftige Geistesranke, soweit es der Raum zusst, unter besonders zu vereinbarenden Sätzen Aufnahme in die Prozialanstalten finden können, wird dadurch illusorisch, dass diese Analten vielfach derart überfüllt sind, dass nach der erfolgten Anmeldung chschnittlich 6--8 und mehr Wochen vergehen, ehe hilfsbedürftige und taltpflegebedürftige Geistesranke aufgenommen werden (Schlesien). ss alle diese Kranken, die in den Anstalten keine Aufnahme finden, in der gel ein trostloses Dasein führen und vielfach dauernd an ihrer Gesundheit chädigt werden, ist ebenso zuzugeben, wie die andere Thatsache, dass

gewöhnlichen Krankenanstalten zur Aufnahme anstaltspflegebedürftiger steskranken gänzlich ungeeignet sind, da es an entsprechenden Einrichtungen wie an einem geschulten ärztlichen und Pflegepersonal durchaus ngelt und ausserdem derartige Kranke auf die Umgebung und die übrigen unken vielfach belästigend und störend wirken. Mehrfach sind dessb die Kreise bereits der Erwägung näher getreten, um die Ausführung

Gesetzes nicht ganz illusorisch zu machen, auch das letzte Drittel

Verpflegungskosten zu übernehmen, wie das neuerdings in den Reungsbezirken Wiesbaden, Liegnitz und Oppeln geschehen ist. Aehnlich eint es hinsichtlich der Kostenvertheilung in den übrigen Bundesstaaten liegen; auch hier werden die Verpflegungskosten zwischen grösseren

kleineren Verbänden vertheilt. Nur in Elsass-Lothringen, wo die zösischen Bestimmungen Geltung behalten haben, liegen die Verhältnisse in dieser Beziehung erheblich günstiger, insofern hier die Irrenge zur Departements-(Bezirks-)Sache gemacht ist und die einzelnen neinden dafür nicht in Anspruch genommen werden dürfen.

Wie gegenüber den Geisteskranken, Epileptischen und Idioten, ist auch enüber den sonstigen Kranken eine Entlastung der Ortsarmenverbände

der Tragung der Verpflegungskosten im Falle der Anstaltspflege im resse sowohl der Kranken wie der Allgemeinheit gelegen. Je früher h diese Kranken den Heilanstalten zugeführt werden, um so mehr d das wirthschaftliche und damit auch das öffentliche Interesse weiter ise gewahrt, was besonders ins Auge springt, wo es sich um Kranke : übertragbaren Krankheiten oder schweren Verletzungen handelt. st wenn diese Verpflichtung der Ortsarmenverbände hinweggeräumt er wesentlich eingeschränkt ist, kann darauf gerechnet werden, dass e anstaltspflegebedürftigen Kranken rechtzeitig den Heilanstalten zuführt werden. Auch hier ist zu erwähnen, dass in Elsass-Lothringen



die drei Bezirke Zuschüsse zu den Hospitälern und Spital-Anstalten, deren es vor Kurzem 130 mit ungefähr 12000 Betten gab, gewähren, und dass sie ausserdem drei grosse Armenpflegeanstalten für erwerbsunfähige Kranke unterhalten. Im Regierungsbezirk Cassel stehen für diese Zwecke die acht staatlichen Landkrankenhäuser zur Verfügung, in denen die Kranken auf Kosten der Anstalt und des Bezirks unentgeltlich verpflegt werden.

Die Betheiligung grösserer Verbände an der Armenkrankenpflege ist von dem deutschen Verein für Armenpflege und Wohlthätigkeit wiederholt gefordert; am eingehendsten in den Beschlüssen der 7. Jahresversammlung in Stuttgart (1886). Während in Preussen durch das Gesetz vom 11. Juli 1891 eine solche Betheiligung nur bezüglich der Geisteskranken etc. vorgesehen ist, hat in einer grösseren Zahl (11) der Bundesstaaten, darunter Sachsen, Württemberg, Bayern, Baden, Hessen, Oldenburg, Braunschweig, eine Heranziehung der grösseren Verbände durch besondere Gesetze im grösseren oder geringeren Umfange stattgefunden.

Was die Bereitstellung geschlossener Anstalten betrifft, so steht bezüglich der Versorgung mit Krankenhäusern ein Theil der mittel- und süddeutschen Staaten besser da als Preussen, und hier wieder sind es die westlichen Provinzen, in denen die Zahl der auf die Bevölkerung entfallenden Krankenhausbetten eine erheblich höhere ist als in den östlichen Provinzen. Kreis-Krankenhäuser gehören, abgesehen von Ost- und Westpreussen, Posen, Schlesien und neuerdings auch Pommern, zu den Seltenheiten, während von anderen deutschen Ländern Bayern (namentlich die fränkischen Kreise), Braunschweig, Württemberg, Baden, Sachsen und einige der mitteldeutschen Staaten mit Kreis- und Bezirks-Krankenhäusern ziemlich reich besetzt sind. Es kommt hinzu, dass die Staatsanstalten und Universitäten, die vielfach zur unentgeltlichen Verpflegung ortsarmer Kranker besonders verpflichtet sind, auf den kleineren Territorien dieser Staaten eine verhältnissmässig grössere Bedeutung haben als in räumlich ausgedehnteren Bezirken.

Eine weitergehende Betheiligung der Kreise an der geschlossenen Armenkrankenpflege ist, von Zuschüssen zur Unterbringung von Geisteskranken, Idioten, Epileptikern, Taubstummen und Blinden abgesehen, nur vereinzelt geblieben. So haben in Ostpreussen einzelne Kreise Siechenhäuser errichtet und die Unterhaltung derselben übernommen: die masurischen Kreise tragen die Kosten für Heilung der Syphilis, noch andere Kreise die Kosten für Heilung von ansteckenden Augenkrankheiten. Auf Grund von Kreistagsbeschlüssen werden ausserdem vielfach Beihilfen zur Unterbringung von Siechen und Kranken in öffentlichen oder Privatanstalten gewährt, auch regelmässige Beihilfen zu Spezialkliniken, zu Kinderheilstätten etc. geleistet.

In anderen deutschen Ländern kommen hinzu die Fürsorge des Staates für besondere Zwecke der Armenkrankenpflege in geschlossenen Anstalten sowie die Beihilfen an Aerzte, die beispielsweise Bayern und Sachsen aufweisen, um auch ärmeren Landstrichen die Wohlthat ärzt-

licher Hilfe zu sichern. Hierher gehören auch die Gehälter, die Württemberg für seine 64 Oberamtsärzte, die zugleich als Armenärzte fungiren, und Sachsen-Altenburg für seine Armenärzte und Chirurgen zahlt, ferner die Zuschüsse für Armenbäder, für orthopädische Heilzwecke und sonstige Unterstützungen für Heilzwecke, die in Württemberg und Baden gezahlt werden. In Braunschweig gewährt der Staat aus dem Kloster- und Studienfonds, sowie durch Unterhaltung von Kranken- und Erziehungsanstalten reichliche Beihilfen zur öffentlichen Armenpflege, während ausserdem die Kreis-Communalverbände nicht bloss Kranken-, Armen-, Waisen-, Werk- und Rettungshäuser für den Kreis unterhalten oder den Gemeinden zur Errichtung solcher Anstalten Beihilfen gewähren, sondern auch unvermögenden Ortsarmenverbänden Unterstützungen zukommen lassen.

Die Vertheilung der allgemeinen Krankenanstalten in Preussen (mit Ausnahme der Militärlazarethe) nach den Stellen, von welchen sie unterhalten werden, sowie nach der auf jede Kategorie entfallenden Bettenzahl veranschaulicht die nachstehende Zusammenstellung<sup>1)</sup>.

Allgemeine Heilanstalten nach dem Besitzverhältnisse.	Zahl der Anstalten	Zahl der Betten	pM. der Betten
I. Staatsanstalten . . . . .	91	6390	84,9
a) Unterrichtsanstalten zur Ausbildung d. Aerzte	19	4274	56,8
b) Gefängnisslazarethe . . . . .	72	2116	28,1
II. Anstalten der Provinzialverbände . . . . .	16	1612	21,4
III. Anstalten der Bezirksverbände . . . . .	8	855	11,4
IV. Anstalten der Kreise . . . . .	83	2692	35,8
V. Anstalten politischer Gemeindeverbände . . . . .	524	26967	358,5
a) Städtische Anstalten . . . . .	502	26526	352,6
b) Anstalten ländlicher Gemeinden . . . . .	22	441	5,9
VI. Anstalten von Religionsgemeinden . . . . .	176	8753	116,1
a) Anstalten evangelischer Gemeinden . . . . .	35	1763	23,4
b) „ katholischer „ . . . . .	138	6744	89,7
c) „ jüdischer „ . . . . .	3	226	3,0
VII. Anstalten relig. Orden und Genossenschaften . . . . .	183	12265	163,0
a) evangelische . . . . .	68	5731	76,2
b) katholische . . . . .	115	6534	86,3
VIII. Anstalten des Vaterländ. Frauenvereins etc. . . . .	24	1265	16,0
IX. Milde Stiftungen . . . . .	191	10851	137,6
X. Knappschaftskrankenanstalten . . . . .	18	909	12,1
XI. Fabrikarbeiter- u. s. w. Krankenanstalten . . . . .	17	725	9,6
XII. Anstalten von Privatpersonen . . . . .	110	2520	33,5
darunter von Aerzten . . . . .	85	1684	22,4
Ueberhaupt	1441	75224	1000,0

Dass ausserdem ein grosser Theil der Armenarbeits Häuser in Schleswig-Holstein und Hannover mit Krankenstationen versehen sind,

<sup>1)</sup> Statistisches Handbuch für den Preussischen Staat. II. Bd. 1893. S. 409.

die auch in dieser Beziehung vielfach zweckentsprechend eingerichtet sind, wurde bereits erwähnt.

Während bei uns im Allgemeinen ländliche Krankenhäuser, seitens einzelner oder mehrerer Gemeinden errichtet, mit Ausnahme der Industriebezirke zu den Seltenheiten gehören, bestehen im Grossherzogthum Hessen in einer grösseren Zahl der bedeutenderen Landgemeinden Krankenhäuser mit zum Theil genügenden Einrichtungen, und nur in einigen entlegeneren Kreisen macht sich das Bedürfniss nach Vermehrung der Krankenhäuser geltend. Im nördlichen Bayern haben 47 Gemeinden eigene Krankenanstalten, dazu kommen 41 Districtskrankenhäuser mit durchschnittlich 15 Betten; ausserdem sind hier alle Gemeinden verpflichtet, besondere Krankenstuben zu halten, deren zweckentsprechende Ausstattung controlirt wird. Am häufigsten ist die Verpflegung der Kranken in den Districtskrankenhäusern, die allen Anforderungen entsprechen, und deren leitender Arzt in der Regel der Bezirksarzt ist, wenn sich das Krankenhaus am Wohnsitz desselben befindet. Das südliche Bayern hat 90 solcher Districtskrankenhäuser, deren Einrichtung und Unterhaltung Sache der Districtsgemeinden ist. Da die Verpflegungsgebühr in diesen Krankenhäusern eine sehr niedrige ist, wird von der Wohlthat derselben bei Unterbringung armer Kranker gern Gebrauch gemacht.

Von den preussischen Provinzen weisen verhältnissmässig die meisten Krankenhäuser auf dem Lande die Provinzen Rheinland und Westfalen auf. Die grosse Mehrzahl dieser Krankenhäuser ist Eigenthum kirchlicher Gemeinden, kirchlicher Vereine, milder Stiftungen und geistlicher Genossenschaften, wie auch die Krankenpflege in denselben sich vorzugsweise in den Händen von Mitgliedern geistlicher Genossenschaften und Orden befindet. Viele dieser Krankenhäuser auf dem Lande dienen gleichfalls zur Unterbringung alter erwerbsunfähiger Personen. Von den ca. 170 Krankenhäusern der Provinz Westfalen liegt etwa ein Fünftel in ländlichen Ortschaften. Im Regierungsbezirk Münster, der am reichsten mit Krankenhäusern ausgestattet ist, begegnen wir Krankenhäusern auch in ländlichen Ortschaften, in denen ein Arzt nicht ansässig ist, so dass der nächstwohnende Arzt die ärztliche Leitung ausübt. Dasselbe ist vereinzelt auch im Regierungsbezirk Oppeln der Fall, wo von den 116 im Jahre 1894 vorhandenen Krankenanstalten 60 in ländlichen Ortschaften und zwar hauptsächlich im Industriebezirk sich befanden. In andern Bezirken, beispielsweise im Regierungsbezirk Minden, macht sich der Unterschied in der Versorgung mit Krankenhäusern je nach der Confession der Bewohner dahin geltend, dass diejenigen Theile des Bezirks, deren Bevölkerung vorwiegend evangelisch ist, hinter diejenigen Theile, die eine vorwiegend katholische Bevölkerung haben, zurückstehen. In Hannover sind in einigen wenigen ländlichen Gemeinden Krankenhäuser, die theils von Ortsarmenverbänden, theils von kirchlichen Verbänden begründet sind und von denselben unterhalten werden; im Ganzen finden sich in der Provinz 17 solcher ländlichen Krankenhäuser.

Dass die Zahl der Kreis-Krankenhäuser trotz ihrer stetigen Ver-

nehmung immer noch nicht eine dem Bedürfniss entsprechende ist, dass die weitere Vermehrung derselben in den meisten Ländern ein dringendes Erforderniss der öffentlichen Gesundheit ist, wird allgemein zugegeben.

Ausser in dem grössten Theil der östlichen Provinzen Preussens liegen die Verhältnisse in dieser Beziehung besonders ungünstig in einem Theil der Provinz Hannover und in Theilen der Regierungsbezirke Wiesbaden und Cassel.

Was die Städte und deren communale Krankenhäuser betrifft, so giebt es, und zwar nicht blos im Osten der Monarchie, immer noch eine grosse Zahl von Städten, die eine allgemeine Krankenanstalt überhaupt nicht besitzen, sondern ihre Kranken nöthigenfalls in Miethswohnungen unterbringen, oder in ihren Armenhäusern nothdürftig eingerichtete Räume zur Aufnahme von Kranken bereit halten. Noch häufiger, und in den kleinen Städten fast durchweg, geschieht es, dass die Krankenhäuser von Alters her gleichzeitig der Pflege alter und gebrechlicher Leute dienen. Als eine sehr bedenkliche Aushülfe muss es erachtet werden, wenn in einigen Fällen mit einem Herbergswirth ein Abkommen dahin getroffen wurde, vorkommendenfalls die erkrankten Ortsarmen und Mitglieder von Krankenkassen aufzunehmen und zu diesem Zweck ein besonderes Zimmer bereit zu halten, wie solche Fälle vereinzelt berichtet werden.

Von diesen Krankenhäusern ist nur ein Theil in der Lage, Kreisranke aufzunehmen, schon deshalb, weil die Zahl der Betten meistens eine sehr beschränkte ist. Es kommt hinzu, dass dieselben seitens der Kreise vielfach, und nicht mit Unrecht, für ungeeignet erachtet werden. Und in der That ist ein grösserer Gegensatz kaum denkbar, als zwischen den Musteranstalten, wie sie die neuern Krankenhäuser vieler grossen Städte wie auch einzelner Kreise darstellen, und den Krankenhäusern vieler kleinen Communen, namentlich im Osten der Monarchie. In vielen Fällen der letzteren verdienen diese Häuser, in denen gelegentlich und meist nur bei Unglücksfällen oder plötzlichen schweren Erkrankungen Kranke untergebracht werden, nicht den Namen eines Krankenhauses. Abgesehen von den baulich vielfach ungünstigen Verhältnissen, der Mangelhaftigkeit ihrer Einrichtung und Ausrüstung, wird ein Verständniss für die Forderungen und Aufgaben der Krankenhaushygiene nicht bei allen Leitern dieser Anstalten, namentlich nicht in den kleineren Städten, angetroffen. Es kommt hinzu, dass das Warte- und Pflegepersonal in Fällen, wo nicht Diakonissen oder Schwestern die Pflege ausüben, in der Mehrzahl jeder technischen Vorbildung entbehrt; meist sind es frühere Handwerker oder Arbeiter, bisweilen auch ledige weibliche Personen derselben Volksklasse, die diese schlecht dotirten Krankenhauswärterstellen bekleiden, und die auszubilden in der Regel weder das Krankenmaterial noch die Befähigung der Betreffenden ausreicht. In Folge dieser ungenügenden Vorbildung, verbunden mit einer ebenso ungenügenden Kenntniss der ökonomischen Leitung, sind fehlerhafte Ausführungen der ärztlichen Anordnungen und

Unterlassungen, wie auch Mängel in der Verpflegung besonders da, wo bestimmte Kostformen nicht vorgeschrieben sind, keine seltenen Vorkommnisse.

Ueber das Verhältniss der erforderlichen Krankenbetten zur Bevölkerungsziffer fehlt es an zuverlässigen Zahlen, und zwar desshalb, weil, wie erwähnt, bisher nur ein kleiner Theil der anstaltsbedürftigen Kranken den allgemeinen Krankenanstalten überwiesen wird. Nach den Mittheilungen des „statistischen Jahrbuchs deutscher Städte“ entfielen 1889 in Hamburg auf je 1000 Einwohner etwa 5 Betten der sämmtlichen allgemeinen Krankenanstalten, in Berlin etwas über 4, in Köln 3,7, in Stuttgart 6, in Potsdam 6,8. Da diese Zahlen sich überwiegend nur auf die unbemittelten Bevölkerungsklassen beziehen, wird das wirkliche Bedürfniss als ein erheblich höheres anzunehmen sein, zumal das Krankenversicherungsgesetz eine zunehmende Inanspruchnahme der Krankenanstalten zur Folge hat. Zu berücksichtigen bleibt hier, dass dieses Bedürfniss nicht überall das gleiche ist, da die Erkrankungshäufigkeit je nach der Oertlichkeit, nach der Zusammensetzung der Bevölkerung, dem Grade des Wohlstands, dem Vorwiegen oder Zurücktreten der Dichtigkeit des Zusammenwohnens u. s. w. verschieden ist. Immerhin sind die hierdurch bedingten Verschiedenheiten keineswegs so erheblich, um die ausserordentlich grossen Ungleichheiten begründet erscheinen zu lassen, die die verschiedenen Gegenden in der Ausstattung mit allgemeinen Krankenanstalten aufweisen.

Nach dem statistischen Handbuch für den preussischen Staat (Bd. II. S. 410) kamen 1891 in den preussischen Regierungsbezirken auf je 100 000 Einwohner folgende Zahlen von Krankenbetten in den allgemeinen öffentlichen und privaten Krankenanstalten: Stade 92, Bromberg 94, Gumbinnen 94, Frankfurt a./O. 121, Posen 126, Merseburg 138, Köslin 143, Lüneburg 144, Liegnitz 150, Erfurt 156, Marienwerder 157, Hannover 164, Magdeburg 166, Potsdam 169, Oppeln 175, Königsberg 185, Cassel 191, Danzig 197, Stettin 199, Hildesheim 222, Schleswig 229, Osnabrück 263, Stralsund 266, Breslau 332, Arnberg 338, Aachen 339, Düsseldorf 364, Sigmaringen 387, Minden 413, Berlin 437, Köln 499, Münster 569.

Es erhellt aus dieser Zusammenstellung, dass die Ausstattung mit Krankenanstalten in grossen Theilen der Monarchie eine unzureichende ist, und dass auf diesem Gebiet noch ausserordentlich viel zu thun bleibt. Zu einem Theil dürfte in Uebereinstimmung mit Brückner die Ursache darin zu finden sein, dass es an gesetzlichen Bestimmungen fehlt, welche die öffentlichen Verbände zur Unterhaltung geeigneter und ausreichender Anstalten verpflichten, soweit es sich nicht um anstaltspflegebedürftige Geisteskranke, Epileptische u. s. w. handelt. Wenn auch nicht verlangt werden kann, dass jede Gemeinde ihren Kranken ein eigenes Krankenhaus zur Verfügung stellt, so muss doch gefordert werden, dass überall Vorbereitungen dahin getroffen werden, dass bei ein-

tretenden Nothfällen, wie insbesondere beim Auftreten ansteckender Krankheiten und bei Unglücksfällen einige Betten in geeigneten Räumlichkeiten und zweckentsprechende Transportgeräthschaften zur Verfügung stehen. Von diesen Nothfällen abgesehen, muss ausserdem für jeden grössern Gemeindecumplex, der nur bei sehr kleinen und räumlich begrenzten Kreisen den ganzen Kreis umfassen darf, ein geeignetes Krankenhaus nebst den erforderlichen Krankentransportgeräthschaften bereit gestellt werden. Von den speciellen Krankenzwecken dienenden Krankenanstalten abgesehen, wird es in Rücksicht auf den Transport der Kranken rathlicher sein, statt einzelner grösserer Anstalten mehrere kleinere Anstalten zu errichten.

Die Sorge hierfür, wie für die geschlossene Siechen- und Waisenvpflege würden in Preussen grössere territoriale Verbände, und zwar entweder die Kreise oder ad hoc gebildete Zweckverbände zusammenliegender grösserer Gemeinden zu übernehmen haben, da die Amtsbezirke für diesen Zweck im Allgemeinen als viel zu klein sich erweisen. Auch wird auf diesem Gebiet die Mitwirkung der Vereine vom Rothen Kreuz besonders dankbar zu begrüssen sein.

Im Regierungsbezirk Oppeln standen am Schluss des Jahres 1891 insgesamt 104 Anstalten zur Aufnahme von Kranken mit zusammen 4000 Betten zur Verfügung. Im Jahre 1894 war die Zahl derselben auf 116 mit 4680 Betten gestiegen, d. h. es kamen auf je 10 000 Einwohner 28,7 Betten. Dieser Durchschnitt wurde am erheblichsten übertroffen von den industriellen Kreisen Beuthen mit 64, Kattowitz mit 57 und Zabrze mit 51 Betten auf je 10 000 Einwohner. Von den 116 Krankenanstalten waren öffentliche 48, darunter 5 Kreis-Krankenhäuser, 30 communale Krankenanstalten in den Städten und 13 in den ländlichen Gemeinden. Von den 68 Privat-Krankenanstalten waren von Orden gegründet 6 mit 335 Betten, von milden Stiftungen 19 mit 738 Betten, von den Vorständen der Knappschaft, der Hütten, der Bezirkskrankenkassen 20 mit 1818 Betten, von Privaten 23 mit 505 Betten. In den Städten des Bezirks standen zur Verfügung 4 Kreis-Krankenhäuser, 30 communale Krankenanstalten, 6 Krankenhäuser von Orden, 5 Knappschaftslazarethe und 11 Privatkrankenanstalten, zusammen 2396 Betten oder 67 auf je 10 000 Einwohner, während auf dem Lande 2284 Betten oder 17,8 auf je 10 000 Einwohner zur Verfügung waren.

Als dringend nothwendig erweist sich gegenüber der gesteigerten Inanspruchnahme der Krankenanstalten eine damit Hand in Hand gehende Entlastung derselben, sei es in Anstalten anderer Art oder in Familienpflege. In ersterer Hinsicht kommen hauptsächlich die Siechen und Reconvalescenten, in letzterer Hinsicht die Geisteskranken und Idioten in Frage. Da für Sieche und Reconvalescenten die kostspieligen Einrichtungen der gewöhnlichen Krankenanstalten entbehrlich sind und demgemäss auch die Pflegekosten sich niedriger stellen, entspricht die

Bereitstellung besonderer Siechen- und Reconvalescentenhäuser gleichzeitig auch einem wirthschaftlichen Bedürfniss.

Eine andere Art der Entlastung ist in der Ausdehnung der Familienpflege gegeben, nur wird es nicht immer leicht sein, hierfür geeignete und bereite Familien ausfindig zu machen. So werden Taubstumm und Blinde nach erfolgter Ausbildung am besten in geeigneten Familien untergebracht, wo sie in dem erlernten Gewerbe beschäftigt werden können. Dieselbe Art der Unterbringung kann sich für Idioten und ruhige Irre empfehlen, soweit nicht hier Unterbringung und Beschäftigung in besonderen Anstalten vorgezogen wird. Auch hinsichtlich der eigentlichen Geisteskranken und Idioten hat die Familienpflege in den letzten Jahren eine grössere Ausbreitung gewonnen. Dass hierfür nur ruhige Kranke, abgelaufene Fälle, bei denen ernstere Erregungszustände nicht mehr zu befürchten sind, geeignet sind, liegt ebenso auf der Hand, wie die andere Voraussetzung, dass die Pflegeeltern hierzu besonders geeignet sein müssen, und dass für die Kranken Arbeitsgelegenheit vorhanden sein muss. Um die nothwendige und fortlaufende Controle derselben zu ermöglichen, erscheint es räthlich, solche Familien-Pflege-Colonien zunächst an die Irrenanstalten anzugliedern und mit der Unterbringung solcher ruhigen Kranken zunächst in der Umgebung dieser Anstalten vorzugehen, wie es seitens der Berliner Irrenanstalten in den letzten Jahren geschehen ist.

Auch eine Reihe specieller Bedürfnisse der Armenkrankenpflege, wie die Errichtung von Heilstätten für unbemittelte Lungenkranke, für serofulöse Kinder in den See- und Soolbädern sind berufen, entlastend auf die allgemeinen Krankenanstalten zu wirken, weshalb die Förderung aller derartigen Unternehmungen im wohlverstandenen Interesse der Communen gelegen ist, wie nicht minder die Förderung aller derjenigen Bestrebungen, die, wie die Einrichtung von Ferienkolonien, von Jugend- und Volksspielen die Widerstandsfähigkeit der heranwachsenden Generation zu heben und damit die Erkrankungsziffer herabzusetzen geeignet sind. Wie die öffentliche Armenpflege ist auch die private berufen, diesen Bestrebungen ihre Unterstützung zuzuwenden. In dieser Richtung verdient die bereitwillige und zielbewusste Mitwirkung der Vereine vom Rothen Kreuz bei der Errichtung von Volksheilstätten für Lungenkranke besondere Erwähnung und Anerkennung. Diese Unterstützung wird sich von der Errichtung eigener Heilstätten abgesehen, einmal darauf zu richten haben, dass alle diejenigen Kranken, für die Communen, Krankenkassen und Invaliditätsanstalten nicht eintreten, rechtzeitig den Heilstätten zugeführt werden. In Frage würden hier Dienstboten, land- und forstwirtschaftliche Arbeiter, die nicht dem Krankenversicherungszwang unterliegen, desgleichen kleine Handwerker kommen, die, wie alle Hausgewerbetreibende und die in eigener Behausung thätigen Wäscherinnen, Plätterinnen, Schneiderinnen u. s. w. der Invaliditätsversicherung nicht unterworfen, sondern nur berechtigt sind, sich selbst zu versichern.

In zweiter Linie würde die Mithilfe des Vaterländischen Frauenvereins bei der Unterstützung der Angehörigen Erkrankter in Frage kommen in Ergänzung der wenig zureichenden Familienunterstützung, zu der die Krankenkassen gesetzlich verpflichtet sind. Eine Ergänzung dieser Familienunterstützung ist nicht bloß im wirthschaftlichen Interesse dieser Familien dringend erforderlich, sondern auch direct im gesundheitlichen Interesse der Insassen der Heilstätten gelegen, die nur, wenn sie ihre Angehörigen ausreichend versorgt wissen, diejenige Ruhe und Zufriedenheit haben werden, die die Voraussetzung einer günstigen Einwirkung aller hygienischen und diätetischen Maassnahmen bildet. Auch bei der Beschaffung der erforderlichen Ausrüstung der Kranken selber wird die Mitwirkung des Vaterländischen Frauenvereins erwünscht sein.

Niemals darf über dem Streben nach Entlastung der Krankenanstalten die wichtige Sorge ausser Acht gelassen werden, die Bewahrung, Cur und Verpflegung im Falle der Heilbarkeit nicht eher zu unterbrechen, als bis der Kranke wieder in den Vollbesitz seiner körperlichen und geistigen Kräfte gelangt ist. Ganz besonders ist es die zu frühzeitige Entlassung armer Geisteskranker, die ebenso sehr den Einzelnen wie die Gesamtheit schädigt und um so bitterer sich rächt, wenn solche Kranke in Folge mangelnder Fürsorge entweder dem Verbrechen in die Arme getrieben werden, oder dem socialen Elend verfallen, bis sie von Neuem wieder der Anstalt überwiesen werden.

Zu den Maassnahmen, die eine Erleichterung der Armenkrankenpflege bezwecken, gehört endlich noch die Errichtung sogenannter Kranken-Möbilen-Magazine, wie solche Einrichtungen bereits seit längerer Zeit in der Schweiz, in Frankreich und vereinzelt auch bei uns durch die Initiative Einzelner (Hecker in Weissenburg i. Els., Hensgen in Siegen) oder der Zweigvereine des Vaterländischen Frauenvereins ins Leben gerufen sind. Beispielsweise waren im Canton Zürich im Jahre 1890 von 119 Gemeinden bereits 95 mit derartigen Magazinen versehen und im Grossherzogthum Baden waren von 224 Zweigvereinen des Vaterländischen Frauenvereins 95 im Besitz von Krankenpflegegeräthschaften. Diese Magazine haben den Zweck, die vom Arzte verordneten Apparate und Geräthschaften — Badewannen, Eisbeutel, Irrigatoren, Drahtschienen, Luft- und Wasserkissen, Thermometer, Fahrstühle, Hebeapparate u. a. — den Armenverbänden oder den unbemittelten Kranken selber leihweise zu überlassen. Voraussetzung ist jedesmalige gründliche Reinigung bzw. Desinfection derselben nach stattgehabtem Gebrauche. Gemeinden, Krankenkassen, wohlthätige und gemeinnützige Vereine würden sich zweckmässig zur Einrichtung und Unterhaltung von Kranken-Möbilen-Magazinen vereinigen. Ein besonderes Bedürfniss für derartige Einrichtungen wird sich namentlich in kleineren Städten und solchen ländlichen Gegenden geltend machen, die mit allgemeinen Krankenanstalten nur spärlich ausgestattet sind.

Die Fürsorge für Sieche (unheilbare Kranke) und Gebrechliche lässt in den meisten Provinzen Preussens, insbesondere auch in Pommern,



Brandenburg, Posen, Schlesien, Sachsen und Hessen-Nassau zu wünschen übrig und hat auch in dem Gesetz vom 11. Juli 1891 keine Erledigung gefunden. Nach § 31 dieses Gesetzes sind die Landarmenverbände, Kreise und die aus mehreren Gemeinden und Gutsbezirken zusammengesetzten Communalverbände auch ferner nur befugt, die Fürsorge für Sieche unmittelbar zu übernehmen, und dasselbe gilt hinsichtlich hilfsbedürftiger Kranker. Relativ gut sind die Verhältnisse in Ost- und Westpreussen, ausserdem in Baden, wo die sogenannten Kreis-Pflegeanstalten der regelmässigen Controlle der Bezirksärzte unterstellt sind, in Bayern und Elsass-Lothringen. Die vorhandenen Siechenhäuser sind theils geistliche oder Familien-Stiftungen theils communale Einrichtungen oder aus Mitteln der Provinzen hervorgegangen. In den Städten macht sich dieser Mangel an geeigneten Anstalten zur Unterbringung Siecher vielfach in der Weise bemerklich, dass die Krankenanstalten, wie schon erwähnt, von Personen überfüllt sind, die gar kein Object ärztlicher Behandlung sind, sondern als chronisch Kranke und Gebrechliche in die Pflege eines Siechenhauses gehören. Diese Art der Unterbringung der Siechen in den städtischen Krankenhäusern, sei es in besonderen Abtheilungen derselben oder ohne Trennung von den eigentlichen Kranken ist besonders verbreitet in Pommern, Schlesien und Brandenburg. Auf dem Lande geschieht die Unterbringung der Gebrechlichen und Siechen entweder bei Familienangehörigen oder bei Fremden gegen Entgelt, häufig auch in den elenden Armenkathen.

Was endlich die gleichfalls durch das Gesetz vom 11. Juli 1891 geregelte Anstaltspflege der Taubstummen und Blinden betrifft, so ergibt sich aus den schulstatistischen Erhebungen, dass die Förderung der in Gehör und Sprache nicht vollsinnigen Kinder im letzten Jahrzehnt weitere Fortschritte gemacht hat, insoweit wenigstens der äussere Umfang der Fürsorge hierfür einen Gradmesser abgiebt. Im Jahre 1891 waren in Preussen 40 öffentliche Taubstummenanstalten vorhanden, gegenüber 38 im Jahre 1886. Die Gesamtzahl der in den sämmtlichen öffentlichen und privaten Anstalten unterrichteten taubstummen Kinder betrug 1886: 3913, 1891: 4080; von letzteren waren 2348 Knaben und 1732 Mädchen. Auf je 9,7 Zöglinge kam in den öffentlichen Anstalten eine vollbeschäftigte Lehrkraft, in den Privatanstalten erst auf 10,6 Zöglinge. Trotz der zunehmenden Fürsorge findet sich noch immer eine grosse Zahl taubstummer Kinder in den Volksschulen.

In gleicher Weise bleiben auch eine grössere Zahl blinder Kinder aus missverständener Elternliebe den Blindenanstalten entzogen: im Jahre 1891 waren es nicht weniger als 220 blinde Kinder, die in den öffentlichen Volksschulen nothdürftig mitversorgt wurden. Mit Ausnahme von Hohenzollern besitzt zur Zeit jede preussische Provinz eine Blindenanstalt. Westfalen und Hessen-Nassau besitzen deren zwei. In diesen 15 Blindenanstalten betrug die Zahl der blinden Kinder im Jahre 1891: 635; ausserdem enthalten sie noch eine Anzahl nicht schulpflichtiger Lassesen, welche dort eine handwerksmässige Ausbildung erhalten.

Daneben bestehen noch eine Reihe gut besuchter Privat-Blinden-Anstalten, welche die Pflege und Erwerbsfähigkeit blinder Personen auch über die Zwecke unterrichtlicher Versorgung hinaus zu sichern bemüht sind. Dass die Wohlthat der Blinden-Anstalten mehr und mehr allgemeine Anerkennung findet, wozu vornehmlich die an den ehemaligen Zöglingen derselben im bürgerlichen Leben gemachten Erfahrungen wesentlich beigetragen haben, kann als eine in sozialer Beziehung besonders erfreuliche Thatsache bezeichnet werden.

### III.

Was die Bereitstellung armenärztlicher Hilfe betrifft, so waren in Bayern die Bezirksärzte ursprünglich zur unentgeltlichen Behandlung der Armen ihres Bezirks verpflichtet. Mit Rücksicht darauf, dass dies in den meisten Fällen ohne Beeinträchtigung ihrer sonstigen Dienstobliegenheiten nicht möglich war, schlossen zahlreiche Gemeinden oder auch grössere Districte Verträge mit Aerzten ab, wonach letztere gegen bestimmte Vergütung die Behandlung der armen Kranken übernahmen. So zahlten in der bayerischen Pfalz im Jahre 1882 120 Gemeinden feste Remunerationen an Aerzte im Betrage von 27588 Mark und ausserdem für Spitalärzte und Districts-Krankenanstalten 7936 Mark.

In Württemberg haben die in den 64 Oberämtern als Staatsbeamte angestellten Oberamtsärzte und die in 57 Oberamtsbezirken von den Oberamtscorporationen mit Wartegeld angestellten Oberamtswundärzte die Orts- und Landarmen des Bezirks gegen Ersatz der Reisekosten aus den betreffenden Armenkassen unentgeltlich zu behandeln. Ebenso ist den 180 von Amtscorporationen, Gemeinden und öffentlichen Stiftungen besoldeten Aerzten in der Regel die Verpflichtung zur unentgeltlichen Behandlung der Armen auferlegt.

In Baden und ebenso in Sachsen haben die meisten Gemeinden bzw. Bezirke Verträge mit Aerzten abgeschlossen, wonach diese die armen Kranken entweder unentgeltlich oder gegen bestimmte geringe Vergütung, die aus der Gemeindekasse bezahlt wird, zu behandeln haben, unter mehr oder weniger erheblichen Zuschüssen seitens des Staats.

Nach der Dienstanweisung vom 1. Januar 1886 können die Bezirksärzte in Baden durch das Ministerium des Innern verpflichtet werden, die Behandlung erkrankter Armer gegen entsprechende Vergütung aus der Gemeindekasse zu übernehmen, wenn die Gemeinde nicht im Stande ist, durch Vertrag mit einem Arzt für die ärztliche Behandlung ihrer erkrankten Armen genügende Vorsorge zu treffen. Auch hat der Bezirksarzt darüber zu wachen, ob in den einzelnen Gemeinden des Bezirks für die ärztliche Behandlung der Armen in Erkrankungsfällen in entsprechender Weise Sorge getragen ist und etwaige Mängel der von den Gemeinden getroffenen Einrichtungen behufs Herbeiführung der Abhülfnöthigenfalls zur Kenntniss des Bezirksamts zu bringen. Desgleich

ist der Bezirksarzt zur Mitwirkung der Ueberwachung der Pflege-Kinder berufen, zu welchem Zweck er sich bei passender Gelegenheit zu vergewissern hat, ob diese in Bezug auf Aufsicht, Schutz, Verpflegung und ärztlichen Beistand nicht vernachlässigt sind, und geeignetenfalls Anzeige zu machen. Endlich hat der Bezirksarzt in Baden die Kreis-Pflegeanstalten seines Bezirks halbjährlich zu besichtigen und bei der Besichtigung vorgefundene Mängel und Unzuträglichkeiten zur Kenntniss des Kreishauptmanns zu bringen.

Im Grossherzogthum Hessen ist es nur ein Theil der Gemeinden, der durch Verträge mit Aerzten für ärztliche Behandlung seiner armen Kranken Sorge trägt.

Im Grossherzogthum Sachsen-Weimar sind die Bezirksärzte nach § 4 der Medicinal-Ordnung zur Behandlung der armen Kranken ihres Bezirks, sowie der Pfleglinge der grossherzoglichen Waisenanstalt verpflichtet, und zwar dürfen sie bei diesen Besuchen Transportkosten nicht in Anspruch nehmen, wohl aber Tagegelder, die sie im ersteren Fall bei den Gemeinden, im letzteren Fall beim Waisenhaus zu liquidiren haben. Das Gehalt dieser weimarischen Amtsphysiker schwankt je nach der Grösse der 26 Kreise zwischen 490 und 990 Mark, und nur die ersten Bezirksärzte in Weimar und Eisenach erhalten etwas höhere Gehälter.

In Elsass-Lothringen haben die Cantonalärzte, die nach Einführung der deutschen Verwaltung durch Anstellung der Kreisärzte einen Theil ihrer Functionen eingebüsst haben, neben den armenärztlichen impfärztliche, gerichtsärztliche und medicinalpolizeiliche Functionen. Der Bezirkspräsident, dessen Bestätigung die Cantonalärzte ebenso wie die Gemeindeärzte und dessen Assistenzärzte in den Städten unterliegen, setzt die Amtsbezirke, die Wohnsitze und die Gehälter derselben fest. Die Obliegenheiten der Cantonalärzte in Unter-Elsass wurden festgesetzt durch die Cantonal-Aerzte-Ordnung vom 15. Juni 1891.

Was die Bereitstellung von Armenärzten in Preussen, namentlich auch für den ländlichen Theil der Bevölkerung betrifft, so sind in dieser Hinsicht die westlichen Provinzen erheblich günstiger gestellt als die östlichen. Dabei waltet in den westlichen Provinzen das Bestreben vor, armenärztliche Behandlung und Impfung möglichst in einer Hand zu vereinigen, um auf diese Weise die Kosten für die Armenkrankenpflege zu verringern. So wurde im Regierungsbezirk Arnsberg bereits in den fünfziger Jahren seitens der Regierung die Vereinigung der Armenärzte mit den Impfarztstellen empfohlen, um durch Verschmelzung beider die Bereitstellung ärztlicher Hilfe für arme Kranke zu erleichtern und vielfach erst zu ermöglichen, und dasselbe geschah noch neuerdings im Regierungsbezirk Trier. Vielfach fungiren die Armenärzte in den westlichen Provinzen gleichzeitig auch als Schulärzte.

In der Rheinprovinz speciell kann die Armenkrankenpflege auch auf dem Lande als im Allgemeinen geregelt angesehen werden, zumal dort auch die Gemeinde-Diakonie durch Schwestern auf dem Lande

erhebliche Ausbreitung aufweist. So sind im Regierungsbezirk hier in den meisten Bürgermeistereien Armenärzte angestellt, und wo nicht der Fall ist, lässt sich die Regierung anlegen sein, darauf hinzuwirken, dass überall Armenärzte mit festem Gehalt angestellt werden. Im Regierungsbezirk Köln wurde durch die Verfügungen vom 5. Mai 1820 und 19. August 1824 die Anstellung von Communalärzten für jeden grösseren Gemeindebezirk angeordnet. Die darnach angestellten Armenärzte waren contractlich verpflichtet, über von ihnen behandelten armen Kranken ein Journal nach bestimmtem Schema zu führen und auf Grund des letzteren vierteljährlich (jetzt jährlich) dem Kreisphysikus zu berichten, auch ausserhalb der Berichtszeit über jeden Gegenstand der Sanitätspolizei und zu ihrer Kenntniss gelangende gemeingefährliche sanitäre Schädlichkeit Auskunft zu ertheilen; desgleichen sind sie verpflichtet, in den dringenden Krankheitsfällen, sowie bei Unglücksfällen innerhalb des Bezirks ärztliche Hilfe zu leisten. Den auf Grund dieser älteren Ordnungen angestellten Armenärzten, deren es in den letzten Jahren ganzen Bezirk 105 gab, liegt ferner ob, halbjährlich die Schulen des Bezirks auf ansteckende Krankheiten zu revidiren und über das Resultat an den Physikus zu berichten. Auch hier werden bei der Veranlassung der öffentlichen Impfung die Armenärzte vorzugsweise von den Kreisen berücksichtigt, so dass den Physikern vielfach nur die Aufsichtung der öffentlichen Impfung verblieben ist. Diese mannigfachen Verpflichtungen der Armenärzte im Kölner Bezirk bestehen noch heute zu Recht, doch wird über Unvollständigkeit der Berichte vielfach Klage geführt.

Im Regierungsbezirk Coblenz sind in sämmtlichen Kreisen Armenärzte (Districtsärzte) angestellt, die in der Regel für einen grösseren Verband (Bürgermeisterei) zur Behandlung der armen Kranken durch Vertrag verpflichtet sind. Nur verhältnissmässig wenige Gemeinden sind ohne Armen- oder Districtsarzt. Auch im Regierungsbezirk Düsseldorf sind für die ländlichen Gemeinden mit wenigen Ausnahmen Armenärzte vorgesehen. Maassgebend ist noch heute die Verfügung vom 16. Febr. 1847; auf Grund derselben sind die Functionen des Armen- und Impfarztes noch in vielen Gemeinden mit einander verschmolzen, und nur in grösseren Städten sind zur Ausführung der öffentlichen Impfung besondere Impfarzte bestellt.

In ähnlich ausgedehnter Weise ist auch in der Provinz Westfalen die Bereitstellung ärztlicher Hilfe für arme Kranke in den Städten und auf dem Lande Vorsorge getroffen. So sind im Regierungsbezirk Arnsberg von den Aemtern oder den Landgemeinden mit Ausnahme zweier Kreise überall Armenärzte angestellt, die meistens ein festes Gehalt beziehen, das gleichzeitig als Entschädigung für die Impfung und ihre Verwaltung bei den Schulrevisionen zu gelten hat, wie solche die Gemeinden zweimal jährlich durch angestellte Aerzte ausführen zu lassen verpflichtet sind. Zu diesen Schulrevisionen werden nicht vorzugsweise

die Medicinalbeamten herangezogen, sondern in einer grossen Zahl von Gemeinden sind die Armenärzte seitens der Gemeinden contractlich zu den nach einem bestimmten Schema auszuführenden Schulrevisionen verpflichtet. Desgleichen sind in den Bezirken Minden und Münster, mit geringen Ausnahmen auch auf dem Lande, überall Communalärzte für die Behandlung der Ortsarmen bestellt, und zwar entweder für eine einzelne oder für eine Vielheit von Gemeinden; über die Vorgänge ihrer Armenpraxis haben dieselben vierteljährlich zu berichten. In Schleswig-Holstein hat etwa die Hälfte der ländlichen Armenverbände fest honorirte Armenärzte, die von den Verbänden bezahlt werden.

Auch in der Provinz Hannover ist die Armenkrankenpflege auf dem Lande meist durch feste Verträge mit Aerzten sichergestellt. So gab es im Regierungsbezirk Lüneburg im Jahre 1890 40 Aerzte, die die häusliche Behandlung armer Kranker gegen ein aus der Amts-Nebenanlagekasse zu zahlendes Gehalt übernommen hatten. In den meisten Aemtern erhalten die Kranken ausser freier ärztlicher Behandlung auch freie Arznei. Ist eine Anstaltsbehandlung nothwendig, so erfolgt dieselbe auf Kosten der verpflichteten Gemeinde. In denjenigen Gemeinden, in denen Armenärzte nicht angestellt sind, werden die zugezogenen Aerzte auf Grund einer vom Gemeindevorsteher auszustellenden Bescheinigung nach der Taxe honorirt. In gleicher Weise ist die Armenkrankenfürsorge im Regierungsbezirk Osnabrück geregelt. In Aurich ist für jeden Armenverband ein Armenarzt bestellt, dessen Bezahlung entweder durch ein bestimmtes, meist sehr niedrig bemessenes Gehalt erfolgt, oder durch Honorirung der Einzelleistung auf Grund gleichfalls vorher vereinbarter und sehr ermässigter Einzelsätze. Da die Armenverbände in der Gewährung ärztlicher Hilfe im Allgemeinen wenig zurückhaltend sind, ist die Thätigkeit der Armenärzte vielfach eine sehr ausgedehnte und anstrengende. Im Regierungsbezirk Stade unterscheiden sich die dichter bevölkerten und wohlhabenderen Marschen in Bezug auf Krankenfürsorge vortheilhaft von den Geest- und Moordistricten: in ersteren haben die meisten grösseren Ortschaften fixirte Armenärzte, wie sie auch grössere, zweckmässig eingerichtete Armenhäuser besitzen, die gleichfalls vielfach zur Aufnahme armer Kranker dienen, während in den Geest- und Moordistricten nur in einigen wenigen grösseren Ortschaften, die Sitz von Aerzten sind, die Armenkrankenfürsorge geregelt ist.

In Churhessen waren bis zum Jahre 1868 die Physiker zur unentgeltlichen Besorgung der gesammten Armenpraxis in ihren Dienstbezirken verpflichtet. Nach anderweitiger Regelung des Medicinalwesens im Regierungsbezirk Cassel behielten die Physiker und deren Assistenten diese Verpflichtung bei; wo aber Physikatsstellen eingingen, wurde die Verpflichtung, für die ärztliche Behandlung erkrankter Ortsarmer Sorge zu tragen, den Gemeinden übertragen, die bisher nur zu einem Theil durch Anstellung von Armenärzten dieser Verpflichtung nachgekommen sind. Im Regierungsbezirk Wiesbaden haben sich mit Ausnahme eines einzigen Kreises die ländlichen Gemeinden zu Districts-Armenverbänden

vereinigt, die sämmtlich Districts- oder sogenannte Communalärzte mit festem Gehalt und sehr mässiger Vergütung für die Einzelleistung angestellt haben. Diese sind bei Krankheiten und Unglücksfällen Hilfe zu leisten verpflichtet, und zwar beschränkt sich diese Verpflichtung nicht bloss auf die armen Kranken, sondern auf alle Bewohner gleichmässig.

In Signaringen hat ein grosser Theil der ländlichen Gemeinden Verträge mit Aerzten abgeschlossen und ihnen gegen ein Fixum die Behandlung der armen Kranken übertragen.

In den östlichen Provinzen sind Armenärzte auf dem Lande, von den Industriebezirken abgesehen, nur in wenigen grösseren ländlichen Ortschaften angestellt; im Uebrigen erfolgt hier die Bezahlung der bei Erkrankungsfällen Ortsarmer zugezogenen Aerzte von Fall zu Fall nach den niedrigsten Sätzen der Taxe. Dass hierbei der Begriff der Hilfsbedürftigkeit in der Regel sehr eng gezogen wird, macht sich auch bezüglich der Ansprüche seitens der Aerzte an die ländlichen Communen vielfach bemerklich.

Noch heute giebt es eine grössere Zahl von Städten, die die Einrichtung fest angestellter Communalärzte nicht getroffen haben. Es sind dies eine Anzahl kleinerer Städte, vorwiegend in den östlichen Provinzen Preussens, die sich damit begnügen, die für die Behandlung armer Kranker in Anspruch genommenen Aerzte von Fall zu Fall zu besolden. Dass unter solchen Umständen von einer eigentlichen und erfolgreichen Armenkrankenpflege nicht die Rede sein kann, bedarf keiner weiteren Ausführung.

In den Städten werden die Armenärzte (Communalärzte) vom Magistrat unter Zustimmung der Stadtvertretung gewählt und deren Rechte und Pflichten durch Vertrag festgesetzt. Nur in wenigen grösseren Städten sind die Armenärzte Mitglieder der Armenämter (Armencommissionen, Armendirectionen), in anderen werden sie zu den Sitzungen derselben eingeladen mit oder ohne Verpflichtung zur Theilnahme an denselben.

Aerzte und Apotheker können ihre Forderungen an Armenverbände im Wege des ordentlichen Rechtsstreites betreiben; geschah die ärztliche Hilfeleistung auf Anordnung der Polizeibehörde, so hat die letztere das Recht, die Forderung des von ihr beauftragten Arztes im Verwaltungswege einzuziehen. Bei Säumigkeit der Armenverbände in der Erfüllung ihrer Pflichten gegenüber armen Kranken fällt die Beschaffung ärztlicher Hilfe und die Sorge für Beitreibung der Honorarforderungen den Polizeibehörden zu (Rescript vom 14. Juni 1843, M.-Bl. f. d. i. V. S. 197); dies ist auch zutreffend in Fällen plötzlich dringend gewordener Entbindungen armer Personen (Min.-Verf. vom 22. April 1839).

In den kleineren Städten ist der Armenarzt in der Regel zugleich auch Arzt des Krankenhauses; daneben versieht er gewisse polizeiärztliche Verrichtungen, weshalb er in den selbstständigen Städten von Alters her auch den Namen Polizeiarzt oder Stadtphysikus führt. Für gewöhnlich steht dem Armenarzt nach einem Erkenntniss des Oberverwaltungsgerichts vom 16. Februar 1895 (II. Senat) keine Beamten-

qualität zu. Entscheidend ist, ob bei der Begründung des Dienstverhältnisses auf Seiten der Stadtgemeinde die Absicht bestanden hat, dem Arzt amtliche Eigenschaft beizulegen, und ob diese Absicht auch entsprechenden Ausdruck gefunden hat. Beschwerden der Kreisphysiker darüber, dass die Magistrate den Armenärzten amtliche Functionen übertragen, die dem staatlichen Sanitätsbeamten zustanden, sind namentlich in den westlichen Provinzen bisweilen vorgekommen. Zur Vermeidung derselben, und um ein geordnetes Zusammenwirken des Gemeinde- und staatlichen Gesundheitsbeamten zu erzielen, ist eine genaue Umgrenzung der communalärztlichen Functionen nothwendig.

Nur ganz vereinzelt ist bisher der an sich berechtigten Forderung, auch den Armen die Wahl des Arztes zu überlassen, Rechnung getragen, so in Reydt, wo die sämmtlichen 12 Aerzte der Stadt als Armenärzte fungiren, und in Rosenberg i. S., wo die drei Aerzte der Stadt sich zur Behandlung der armen Kranken bereit erklärt haben. In Frankreich ist das System der freien Arztwahl bei der armenärztlichen Behandlung in einigen Departements zur Durchführung gelangt. Danach ist in sämmtlichen Communes des Departements des Vosges und du Rhône ein ärztlicher Dienst eingerichtet, der allen Armen die freie Wahl unter denjenigen Aerzten sichert, die sich mit den Bedingungen der Commune einverstanden erklären. In diesen Fällen, wie desgleichen in allen Fällen, wo eine Mehrzahl von Aerzten in derselben Stadt als Armen-(Communal-)Aerzte thätig ist, bedarf es für die zusammenfassende Thätigkeit auf dem Gebiete der Gemeinde-Hygiene einer besonderen Spitze, sei es, dass ein besonderer Arzt als Stadtarzt für diesen Zweck angestellt wird, dem die übrigen auf dem Gebiet der communalen Hygiene thätigen Aerzte unterstellt sind, oder dass in einer collegialen Behörde, einem besonderen städtischen Gesundheitsamt, die verschiedenen Fäden der communalen Hygiene zusammenlaufen. Letztere Einrichtung ist namentlich für die grösseren Städte nicht zu entbehren. Gleichwohl sind solche Gesundheitsämter bisher nur sehr vereinzelt eingerichtet, so in Bremen und namentlich in Hamburg und neuerdings auch in Danzig, wo sie mit gutem Erfolg thätig sind.

Frankfurt a. M. hat im Jahre 1883 einen besonderen Stadtarzt angestellt, der als technischer Beirath in allen in der städtischen Verwaltung vorkommenden, auf die Gesundheitspflege bezüglichen Angelegenheiten und Fragen fungirt und sowohl auf Erfordern wie aus eigener Initiative dem Magistrat und den übrigen städtischen Aemtern Gutachten abzugeben und Vorschläge zu machen hat. Der Stadtarzt ist Gemeindebeamter und unmittelbar dem Magistrat unterstellt. Er ist ständiges Mitglied des Armenamts und des städtischen Gesundheitsraths und kann vom Magistrat zum Mitglied anderer städtischer Aemter und Deputationen mit beratender Stimme ernannt, auch zu einzelnen Sitzungen derselben von deren Vorsitzenden eingeladen werden. Der Stadtarzt ist verpflichtet, von Zeit zu Zeit die städtischen Schulen und sonstigen Anstalten und Einrichtungen der Stadt zu besichtigen; er hat bei Anstellung, Erkrankung

und Pensionirung von Beamten, Lehrern und städtischen Angestellten deren Gesundheitszustand zu untersuchen und zu begutachten, desgleichen über die Gesundheitsverhältnisse von Schülern bei Gesuchen um vorzeitige Schulentlassung oder zeitweise Befreiung sich gutachtlich zu äussern. Der Stadtarzt ist ferner der Vorstand der städtischen Armenärzte; er beaufsichtigt die ärztliche Behandlung armer Hilfsbedürftiger sowie der Kranken im städtischen Krankenhause; ferner liegt ihm die Bearbeitung der Medicinalstatistik und die Erstattung von Jahresberichten über die öffentliche Gesundheitspflege der Stadt ob. Von den Erfolgen, die diese Einrichtung der Stadt Frankfurt a. M. auf dem gesammten Gebiet der communalen Hygiene gezeitigt hat, sind besonders hervorragend diejenigen, die die Thätigkeit des Stadtarztes auf dem Gebiet der Schulhygiene gehabt hat: nicht bloss sind die zahlreichen neuen Schulen, die Frankfurt a. M. in den letzten Jahren gebaut hat, den neueren hygienischen Anforderungen angepasst, auch in allen älteren Schulen sind auf Antrag des Stadtarztes durch bauliche Veränderung und Verbesserung der Einrichtungen, soweit dies überhaupt möglich war, thunlichst günstige Verhältnisse hergestellt worden.

Seit dem Jahre 1888 ist auch in Stuttgart ein besonderer Stadtarzt angestellt, der jedoch gleichzeitig Arzt am Bürger-Hospital und Prosector am Katharinen-Hospital ist.

In einigen grösseren Städten hat man ausserdem versucht, neben der Anstellung von Armenärzten durch Bereitstellung unentgeltlicher poliklinischer Krankenpflege im Anschluss an die öffentlichen Krankenanstalten dem Bedürfniss nach armenärztlicher Hilfe Rechnung zu tragen.

Nach alledem unterliegt es keinem Zweifel, das wir, was die Bereitstellung eines sachverständigen hygienischen Beiraths für die Communen betrifft, hinter den auf diesem Gebiet inzwischen in andern Ländern gemachten Fortschritten, wo die Gemeindeärzte, wie beispielsweise in Oesterreich geradezu das Fundament des gesetzlich neu organisirten Sanitätsdienstes darstellen, erheblich zurückgeblieben sind.

Was die Besoldungsverhältnisse der Communal- (Armen-) Aerzte betrifft, so sind diese in den einzelnen Ländern und Landestheilen sehr verschieden und lassen kein directes Verhältniss zur Zahl der Unterstützungsbedürftigen erkennen. Sie entsprechen daher nur selten den an die Armenärzte gestellten Anforderungen. So zahlte, um nur einige Daten herauszugreifen, ein allerdings kleines Städtchen im Regierungsbezirk Arnsberg jedem ihrer Armenärzte ein Jahresgehalt von 22 Mark 50 Pfennig. Im Regierungsbezirk Minden betrugen die Gehälter der Armenärzte im Kreise Wandsbrück 42 bis 215 Mark; im Ganzen wurden für 12 Armenärzte 1451, also im Durchschnitt etwas über 120 Mark verausgabt. In andern Kreisen gingen die Gehälter bis auf 30 Mark herunter. Ebenso niedrig wie im Regierungsbezirk Minden sind die Gehälter in andern Bezirken (Münster, Cassel u. a.); hier wie dort sind sie vielfach nicht ausreichend, um nur die baaren Auslagen zu decken. Etwas günstiger liegen die Besoldungsverhältnisse der Armen-



ärzte in den Bezirken Cöln und Coblenz, wo die Gehälter im Durchschnitt etwa 300 Mark betragen. Diese Gehälter contrastiren in auffälliger Weise mit der Besoldung, die die Städte im Mittelalter ihren Stadtärzten zahlten, denen hauptsächlich die Behandlung der armen Kranken und Siechen oblag, wo wir Gehältern bis zu 100 rh. Goldgulden begegnen, einem für die damalige Zeit sehr hohen Jahresgehalt. In Basel bekam der Stadtarzt im Jahre 1379 50 Gulden Gehalt, in Frankfurt Geld zur Kleidung und 10 Malter Korn. Die Thätigkeit der Stadtärzte im Mittelalter, die vielfach auch vereidet wurden, war durch besondere Dienstbriefe geregelt.

In Elsass-Lothringen beträgt das Gehalt der Cantonalärzte, die im Wesentlichen Armen- und Impfähzte sind, im Durchschnitt 800 Mark und ist von der Grösse der Bezirke abhängig. In Unter-Elsass zahlt die Gehälter der Contonalärzte zu einem Fünftel das Departement, zu vier Fünfteln die Gemeinde. In Ober-Elsass theiligen sich Bezirk und Gemeinde je zur Hälfte an der Aufbringung der Gehälter der Cantonalärzte. In ärmeren Gegenden geben ausserdem sowohl Bezirk wie Gemeinden mehr oder weniger erhebliche Zuschüsse, so dass diese Gehälter in einzelnen Fällen auf 1500 bis 1700 Mark ansteigen. In Lothringen wird das Gehalt der Cantonalärzte ausschliesslich vom Bezirk getragen; je nach der Grösse der Bezirke betragen hier die Gehälter 400 bis 800 Mark. Wie im Elsass erfolgt auch hier die unentgeltliche Behandlung der Armen theils in besonderen Sprechstunden am Wohnorte des Cantonalarztes, theils durch Abhaltung von Sprechstunden in andern Ortschaften des Cantonalbezirks, die in gewissen Zwischenräumen zur Ausführung kommen.

In Württemberg beträgt der Gesamtaufwand des Staates für die 64 Oberamtsärzte 65900 Mark, derjenige der Oberamtscorporationen 38965 Mark; dazu kommt der Aufwand der Amtscorporationen, Gemeinden und Stiftungen, die für die Gehälter der 57 Oberamtswundärzte und weiteren 180 Aerzte 197935 Mark zahlen.

In Bayern gewähren die Kreise (Bezirke) den Gemeinden zu den Wartegeldern der Armenärzte erhebliche Zuschüsse, ganz besonders in ärmeren Gegenden, um denselben auf diese Weise die Wohlthat ärztlicher Hilfe zu sichern. Dasselbe geschieht in Sachsen, wo der Staat an Unterstützungen und Beihilfen an Aerzte jährlich 40000 Mark aufwendet.

Ausser den Gemeinden, den grösseren Verbänden und dem Staat theiligen sich vielfach auch milde Stiftungen an der Besoldung der Armenärzte ganz besonders in den westlichen Provinzen. Im Regierungsbezirk Minden besolden noch einige kirchliche Armenkassen die Armenärzte, die in diesen Fällen für den Umfang des Kirchspiels angestellt sind und ein durchschnittliches Gehalt von 150 Mark erhalten.

Was den Umfang der Thätigkeit der Gemeindeärzte angeht, so ist diese für die Cantonalärzte in Elsass-Lothringen auf Grund der Cantonalarzt-Ordnungen geregelt. Wie schon erwähnt, haben die Cantonalärzte neben armenärztlichen impfärztliche, medicinal-polizeiliche und gericht-

ärztliche Funktionen. In Bezug auf die Behandlung der Armen kann ihnen vom Kreisdirector für Gemeinden, welche von ihrem Wohnsitz sehr entfernt wohnen, die Abhaltung bestimmter Sprechstage in den genannten Gemeinden aufgegeben werden. Die Cantonalärzte haben die Erstimpfung unentgeltlich auszuführen, während sie für die gesetzliche Wiederimpfung der Schulkinder eine Vergütung aus Bezirksmitteln erhalten. In medicinalpolizeilicher Hinsicht haben die Cantonalärzte des Unter-Elsass nach der Cantonalarzt-Ordnung vom 15. Juni 1891 bei den Aufgaben der öffentlichen Gesundheitspflege mitzuwirken und Aufträge, welche ihnen in dieser Beziehung vom Kreis-Director zugehen, auszuführen, sowie Anfragen des Kreisarztes zu beantworten. Desgleichen haben sie Verstösse gegen die medicinalpolizeilichen Bestimmungen (Kurfuscherei, Uebertretungen der Apothekengesetze etc.) dem Kreisarzt anzuzeigen. Die Todesursachen der von ihnen behandelten Personen haben sie in dem vom Ministerium aufgestellten Schema anzugeben. Ueber hygienische Missstände in ihrem Amtsbezirk haben die Cantonalärzte je nach der Dringlichkeit entweder direct oder in ihrem Jahresbericht Mittheilung zu machen. Von dem Auftreten von Typhus, Ruhr, Scharlach, Diphtherie, Keuchhusten, Masern, contagiöser Augenentzündung in grösserer Verbreitung haben die Cantonalärzte dem Kreisdirector Anzeige zu erstatten und auf Erfordern zu berichten; von Pocken und asiatischer Cholera ist jeder einzelne Fall dem Kreisdirector anzuzeigen. Der Cantonalarzt hat ferner den Kreisarzt bei Bekämpfung der Seuchen zu unterstützen und insbesondere die angeordneten Desinfectionsmassregeln zu leiten. Die für die Unterbringung gemeingefährlicher Geisteskranken in Irrenanstalten nothwendigen ärztlichen Fragebogen haben sie unentgeltlich auszufüllen. Die Cantonalärzte haben die Aufsicht über die Gesundheitsverhältnisse der in ihrem Amtsbezirk auf öffentliche Kosten untergebrachten Kinder und sind verpflichtet, ihnen in dieser Beziehung bekannt gewordene Missstände dem Kreisdirector anzuzeigen. Auch haben sie die für die Bezirks-Pflegekinder ausgestellten Arzneirechnungen zu prüfen und auf ihre Taxmässigkeit bezw. Angemessenheit zu bescheinigen. In Gemässheit der Bestimmung des Reichskanzlers vom 13. Juni 1879 sind die Cantonalärzte ausserdem Gerichtsärzte im Sinne der Strafprozess-Ordnung. Alljährlich bis zum 15. Januar und 15. Juli haben die Cantonalärzte über ihre Wahrnehmungen und ihre Thätigkeit nach besonderem Schema zu berichten. Das für die Cantonalärzte im Unter-Elsass festgesetzte Schema umfasst folgende Punkte:

1. Wie war der Gesundheitszustand in Ihrem Bezirk und während der Berichtszeit im Allgemeinen?
2. Welche Infectionskrankheiten sind aufgetreten (Einschleppung, Ansteckung, örtlicher und zeitiger Verlauf, Massregeln gegen die Weiterverbreitung etc).
3. Welche sanitären Missstände haben Sie in Ihrem Bezirk beobachtet?
4. Welche sanitären Fortschritte sind zu verzeichnen?
5. Was ist vom Standpunkt der Medicinalpolizei zu beanstanden?

6. Welche Anträge haben Sie bezüglich der Armenpflege zu stellen?

7. Anderweitige Bemerkungen.

Nicht minder umfassend ist die Thätigkeit der Gemeindeärzte in einzelnen Kronländern Oesterreichs. Ueber die von ihnen ausgeführten Besichtigungen haben die Gemeindeärzte ein besonderes Tagebuch zu führen und am Schlusse des Jahres mit einem Jahresbericht über alle die öffentliche Gesundheitspflege betreffenden Wahrnehmungen, wofür ein bestimmtes Schema vorgeschrieben ist, an die Bezirkshauptmannschaft einzureichen.

Die Thätigkeit der Communalärzte in Preussen ist, wie bereits erwähnt, in einigen Bezirken des Westens auf Grund besonderer Specialverfügungen und Instructionen geregelt. Dasselbe ist der Fall in einigen grösseren deutschen Städten (Frankfurt a. M., Leipzig, Hamburg, Stuttgart, Berlin u. a.). In Berlin haben die besoldeten Armenärzte, deren Zahl zur Zeit 70 beträgt, ausser allmonatlichen statistischen Zusammenstellungen und summarischen vierteljährlichen Uebersichten über Zahl und Art der von ihnen behandelten armen Kranken, einen spätestens in der ersten Woche des Februar einzureichenden Jahresbericht zu erstatten, der eine kurze Charakteristik der Bevölkerung des betreffenden Bezirks mit Angabe der Zahl der Einwohner, eine Schilderung der Nahrungsverhältnisse, Angabe der Krankenzahl und Darstellung besonders hervorgetretener Krankheiten, sowie etwaige, die Armenkrankenpflege oder das Institut der Armenärzte betreffende Vorschläge enthalten soll. Ausserdem sind in Berlin noch im Dienste der Armenkrankenpflege thätig zwei Aerzte der Universitätsklinik, die Poliklinik für orthopädische Chirurgie und 42 Specialärzte auf den verschiedenen Gebieten der ärztlichen Kunst. In Hamburg ist die Thätigkeit der Armenärzte durch eine ausführliche Dienstinstruction geregelt, die auch Bestimmungen über die Desinfection bei ansteckenden Krankheiten enthält.

Im Allgemeinen wurde die communalärztliche Berichterstattung in Preussen durch den Erlass des Ministers des Innern vom 13. August 1884 in Anregung gebracht, und zwar, wie es hiess, um den Medicinalräthen für ihre General-Sanitätsberichte eine nicht unergiebiges Quelle für die Gewinnung eines umfangreichen Materials über Ermittlung und Häufigkeit von Erkrankungen innerhalb ihres Bezirks zu eröffnen. Dagegen wurde durch Verfügung der Regierungspräsidenten erreicht, dass überall da, wo Communalärzte angestellt waren, diese der Communalbehörde periodisch über Zahl und Art der von ihnen behandelten Krankheitsfälle zu berichten verpflichtet wurden.

In etwa der Hälfte der Regierungsbezirke ist für diese Berichterstattung ein besonderes Schema, umfassend Krankheitsformen, Zahl der Erkrankten und Gestorbenen, vereinzelt auch Zeit des Erkrankens vorgeschrieben, wo es nicht der Fall ist, wird summarisch über Zahl und Art der von den Armenärzten behandelten armen Kranken berichtet. Im Besonderen ist noch zu bemerken, dass im Regierungsbezirk Aachen neben den wöchentlich seitens der Polizeibehörden einzureichenden Meldekarten, betreffend das Auftreten von ansteckenden Krankheiten,

keine besondere Berichterstattung seitens der Communalärzte existirt. Im Regierungsbezirk Wiesbaden berichten die Communalärzte vierteljährlich an die Landärzte nach dem für die Jahresberichte der Kreisphysiker vorgeschriebenen Schema, soweit sie sich hierzu contractlich bereit erklärt haben. Im Regierungsbezirk Koblenz haben die zur Uebernahme aller der Bürgermeisterei oder den Gemeinden zur Last fallenden sanitätspolizeilichen Geschäfte verpflichteten Communal- und Districtsärzte einen kurzen Jahresbericht über die gesammte Thätigkeit auf sanitätspolizeilichem Gebiet durch Vermittelung des Landraths an die Kreisphysiker einzureichen. Hierzu gehört nach einer Verfügung vom 5. December 1887 vor Allem auch die Feststellung des epidemischen Auftretens ansteckender Krankheiten und Einleitung der nothwendigen sanitätspolizeilichen Maassnahmen (letzteres unter fortlaufender Controle des Kreisphysikus); nach derselben Verfügung gehören hierher auch die Revisionen von Wohnstätten und Kaufläden, die Gutachten über gewerbliche Anlagen, über Beschaffenheit von Schulen und den Gesundheitszustand der Schüler, über den Zustand der Gefängnisse etc. sowie alle diejenigen Angelegenheiten, in denen der Bürgermeister den Rath des Polizeiarztes in Anspruch nimmt.

Mit Ausnahme derjenigen wenigen grösseren Städte, die eine Erweiterung der communalärztlichen Thätigkeit auf der Grundlage des gesammten Gebiets der communalen und socialen Hygiene angebahnt haben, muss die Thätigkeit der Armenärzte in dieser Hinsicht als unzureichend und die Berichterstattung, wie sie zur Zeit in der Mehrzahl der Bezirke gehandhabt wird, als werthlos und für eine weitere Verarbeitung im Allgemeinen nicht geeignet erachtet werden. Abgesehen davon, dass diese Berichte das grosse Gebiet der Communal- und Socialhygiene unberührt lassen, sind dieselben, soweit sie überhaupt erstattet werden, auch in ihrer Beschränkung auf krankheitsstatistische Daten vielfach unvollständig und lückenhaft. Es kommt hinzu, dass die Krankheitsbezeichnungen und Krankheitsgruppen meistens ganz willkürliche sind, so dass die Angaben der einzelnen Berichterstatter auch aus diesem Grunde nicht mit einander vergleichbar sind, und dass der Unterbau einer Armenstatistik völlig fehlt.

Nothwendig ist vor Allem ein weiterer Ausbau der armenärztlichen Thätigkeit im Sinne der Communal- und Socialhygiene, wie ihn das Interesse der Gesamtheit wie der Communen gebieterisch erfordert, und zwar um so dringender, je grösser mit der fortschreitenden Entwicklung überall die Aufgaben werden, die an die Communen herantreten. Wie an anderer Stelle<sup>1)</sup> ausgeführt, genügt es nicht, dass der Armenarzt dann und wann einen armen Kranken behandelt, unter Verhältnissen, die vielfach eine eigentliche und erfolgreiche Behandlung unmöglich machen, oder dass er ihn gegebenenfalls einem Krankenhause übergibt,

1) Armenfürsorge und Armenkrankenpflege mit besonderer Berücksichtigung der Stellung des Armenarztes u. s. w. R. Schoetz. Berlin 1893.

sondern es ist nothwendig, seine Thätigkeit mehr wie bisher für Zwecke der öffentlichen Gesundheitspflege speciell der communalen und socialen, zu verwerthen. Ueberall da, wo städtische Gesundheitsämter und besondere Stadtärzte nicht zur Verfügung stehen, soll der Communal- (Armen-) Arzt in allen die Commune betreffenden hygienischen Angelegenheiten der Berather der Commune und ihres Vorstandes sein. Die armenärztliche Thätigkeit ist nur ein Theil seiner communalen Thätigkeit. Als Armenarzt soll er ein thätiges Glied in allen Bestrebungen der Armenpflege sein und in dauernder, fester Beziehung zu Gemeindegewählten, Armenpflegern und Bezirksvorstehern sowie zu allen privaten und Vereinsbestrebungen der Armenpflege stehen. Voraussetzung ist dabei, dass er ständiges Mitglied der bestehenden Armenämter (Armencommissionen, Deputationen) ist. Darüber hinaus ist es die Aufgabe der Communalärzte, event. in Verbindung mit zweckentsprechend organisirten Ortsgesundheitsräthen, auf die Entfernung aller derjenigen Momente aus dem Bereich der Communen und vor Allem der untern Volksklassen hinzuwirken, die die Erkrankungshäufigkeit zu steigern und eine Verbreitung übertragbarer Krankheiten zu begünstigen geeignet sind.

Dass hier alle auf die Reinhaltung von Boden, Wasser und Luft gerichteten Bestrebungen in erster Linie stehen, dass die Weckung und Förderung des Sinnes für Reinlichkeit in Bezug auf Wohnung, Kleidung und den menschlichen Körper selber zu den Fundamenten der Socialhygiene gehören, muss wieder und immer betont werden. Auf diesem Gebiet der Beschaffung tadelloser Haus- und Gemeindecinrichtungen, wird der Beirath des Communalarztes ganz besonders werthvoll sein, und von seiner Einsicht und Erfahrung, seiner Energie und seinem Ansehen wird nicht zum wenigsten das Aussehen der Commune, der Zustand der Wasserversorgung, die Einrichtung der Entwässerungsanlagen wie der Beseitigung der Abfallstoffe abhängig sein. Dass er auch bei dem Auftreten ansteckender Krankheiten der nächste gegebene Berather der Polizeibehörde ist, ergibt sich als eine weitere Folge seiner Stellung eben so nothwendig, wie ihm die Controle der von dem Medicinalbeamten getroffenen sanitätspolizeilichen Maassnahmen obliegt. Wo eine ärztliche Leichenschau eingeführt ist, würde diese gleichfalls, soweit es sich um zahlungsunfähige Personen handelt, zu den Obliegenheiten des Gemeindearztes gehören.

Von nicht minderer Bedeutung ist die Ueberwachung der Wohnungen, insbesondere der ärmeren Bevölkerung. Am geeignetsten hierzu sind unstreitig besondere Wohnungsämter und die Anstellung von besonderer Wohnungs- und Gesundheitsaufsehern. So lange diese Einrichtungen fehlen, bietet den Communalärzten die Ausübung ihrer armenärztlichen Thätigkeit Gelegenheit, die Wohnungen der ärmeren Bevölkerung kennen zu lernen und etwaige Beziehungen derselben zum Auftreten von Krankheiten festzustellen. Dass nicht blos in den kleineren Städten die Armenärzte für diesen Zweck mit Erfolg herangezogen werden könnten, sondern dass dies auch für grössere Communen zutrifft, beweist das Vor-

gehen der Stadt Mainz, wo seit 1895 die Armenärzte mit der Wohnungsinspection betraut sind, und wo seit dieser Zeit 29 gänzliche Wohnungsverbote erlassen und in 41 Fällen die weitere Vermietung an die Erfüllung gewisser Vorschriften geknüpft wurde.

Es ist bekannt, dass Morbidität und Mortalität in besonderem Maasse abhängig ist von der socialen Lage der verschiedenen Bevölkerungskreise, und dass sie hauptsächlich von der Dichtigkeit des Zusammenwohnens, von der Beschaffenheit der Wohnung und dem Zustande der Ernährung beeinflusst wird. Nach Körösi stieg die Sterblichkeit von rund 20 p. m. auf je 10 000 Einwohner der wohlhabendsten Bezirke bis auf 36 p. m. in den ärmsten Bezirken Budapest's. Auch kann es als feststehend erachtet werden, dass die mittlere Lebensdauer der ärmeren Bevölkerung ganz erheblich unter diejenige der höheren Berufsstände sinkt; so berechnet Louis Noiret die Lebensdauer der ärmeren Klassen auf 37, die der wohlhabenderen auf 57 Jahre, Berechnungen, bei denen indess der Einfluss der Beschäftigung ausser Berücksichtigung geblieben ist. Ganz besonders sind es gewisse Infectionskrankheiten, die da, wo die Bevölkerung dicht gedrängt wohnt, häufiger auftreten und eine grössere Vorbereitung verlangen, als unter den wohlhabenderen Bevölkerungsklassen.

Von einer Weiterentwicklung der Gemeinde-Statistik wird nicht zuletzt auch die Prognose und Therapie wie die Verhütung der Armuth den grössten Nutzen ziehen.

In besonders inniger Wechselbeziehung zur Armuth steht die Ernährungsfrage, deren Ueberwachung mit Einschluss der Kinderernährung, dem Armenarzte ein weites Feld der Thätigkeit bietet, nicht blos insofern Krankheitsstörungen in Folge unzureichender, mangelhafter oder verdorbener Nahrungsmittel seine Hülfe erfordern, sondern auch in der Richtung, dass er alle auf die Beschaffung guter und billiger Nahrungsmittel gerichteten privaten und Vereinsbestrebungen, mögen dieselben sich Consumvereine, Einkaufsgenossenschaften, Volksküchen oder sonst wie nennen, oder auf die Errichtung öffentlicher Schlachthäuser gerichtet sein, sowie alle auf die Hebung und Erweiterung hauswirthschaftlicher Kenntnisse abzielenden Unternehmungen auf jede mögliche Weise fördern hilft. Auch auf dem Gebiet der Nahrungsmittelcontrolle wird die Thätigkeit des Stadtarztes anregend und controlirend in erfolgreicher Weise sich geltend machen können.

Einer besonderen Ueberwachung bedürfen in Rücksicht auf die Ernährung die Kost- und Haltekinder. Die Thatsache, dass die Häufigkeit der Darmkatarrhe mit zunehmender Dichtigkeit der Bevölkerung steigt und besonders in den Grossstädten eine ausserordentliche Höhe erreicht, deutet darauf hin, dass künstliche Ernährung und Wohnungsklima in ursächlicher Beziehung zur Häufigkeit der Darmkatarrhe stehen. Wo daher auf die natürliche Säuglingsernährung aus physischen Gründen verzichtet werden muss, ist auf die Bereitstellung einer guten und billigen Kindermilch Bedacht zu nehmen und sind deshalb alle hierauf gerichteten Bestrebungen zu fördern und zu unterstützen.

Wer öfter Gelegenheit hatte, die Speisezettel für Volksküchen und Suppenküchen, aber auch diejenigen in Krankenhäusern, Waisenhäusern, Siechenhäusern und Armenhäusern einzusehen, wird zugeben, dass die Ernährung hier vielfach eine unrationelle oder auch eine unzureichende ist. Für um so nothwendiger muss eine Controle nach dieser Richtung erachtet werden.

Eine ganz besondere Berücksichtigung verdient die Frage des Alkoholmissbrauchs und seine Verbreitung unter der ärmeren Bevölkerung. Die Bestrebungen, diesem Alkoholmissbrauch entgegenzuwirken, sind von um so grösserer socialhygienischer Bedeutung, als der Branntweinessbrauch unbestritten die häufigste Ursache wirthschaftlichen, physischen und moralischen Elends gerade in den bedürftigsten Klassen darstellt, wie es andererseits keinem Zweifel unterliegt, dass die Armenpflege in England durch die dort in gewaltiger Zunahme begriffene Mässigkeitsbewegung, die in fast allen Städten und vielfach auch auf dem Lande vorhandenen temperance hotels und die nicht bloss unter den erwachsenen Arbeitern, sondern auch unter der Jugend bestehenden Mässigkeitsvereine (bands of hope) ausserordentlich unterstützt wird. Neben der Gemeindegemeinde-Diakonie und der Vereinsthätigkeit sind vor Allem die Aerzte zur Mitarbeit auf diesem Gebiet berufen. Auch hat sich als ein äusserst werthvolles Mittel im Kampfe gegen den Alkoholismus die Schule erwiesen, die deshalb mehr wie bisher zur Mitarbeit an dieser socialen Aufgabe heranzuziehen ist, indem die Schüler über die Entbehrlichkeit des Alkohols als Nahrungs- und Genussmittel, sowie über die grossen Gefahren des Alkoholmissbrauchs in geeigneter Weise belehrt werden. Freilich darf über allen diesen Maassnahmen nicht das Wichtigste, das eigene Beispiel, vergessen werden.

Weiterhin sind es die Armenhäuser und Hospitäler, die nach Wohnungsbeschaffenheit und Verpflegung der Insassen, die communalen Einrichtungen für Sieche und Waisen, die Herbergen und Massenquartiere, die Natural-Verpflegungsstationen, das Schlaf- und Kostgängerwesen, insofern sie hauptsächlich auf die ärmere Bevölkerung Bezug haben, die in das Bereich der communalen Hygiene fallen.

Da, wo die häuslichen Verhältnisse der ärmeren Bevölkerung den nothwendigsten Forderungen der Hygiene an ein gesundes Wochenbett nicht entsprechen, wird es die Aufgabe der communalen und Kreisverbände sein, auf die Errichtung von Heimstätten für Kreissende und Wöchnerinnen Bedacht zu nehmen, unter gleichzeitiger Bereitstellung der zur Fortführung des Haushalts erforderlichen Hauspflegerinnen.

Endlich sind die Veranstaltungen der privaten Armenpflege, des Vaterländischen Frauenvereins, der Frauen- und Männer-Hilfs- und Pflegevereine vom Rothen Kreuz, der kirchlichen und Vereins-Armenpflege mit ihren auf die Hebung der Volksgesundheit und der Volkswirtschaft gerichteten Bestrebungen mit allen Mitteln zu fördern und der vorbeugenden Armenkrankenpflege nutzbar zu machen.

Eine Thätigkeit des Communalarztes, die noch besonderer Er-

währung bedarf, insofern dieselbe mit der armenärztlichen vielfache Beziehungen hat, ist die schulärztliche. Es unterliegt keinem Zweifel, dass überall da, wo besondere Schulärzte nicht angestellt sind, für die communalen Schulanstalten die Communalärzte, ihre besondere Qualifikation vorausgesetzt, die gegebenen Schulärzte sind, die als solche den Gesundheitszustand der Schüler und die gesundheitlichen Einrichtungen der Schule, unter Mitwirkung und dauernder Controle seitens entsprechend zu unterweisender Lehrer zu überwachen haben. Da jede geistige Leistungsfähigkeit eine ausreichende Ernährung des Körpers zur Voraussetzung hat, ergiebt sich hieraus die Forderung, dass den auf die Speisung armer Schulkinder gerichteten Bestrebungen seitens der Communen besondere Aufmerksamkeit zugewandt wird. Nicht bloss in den grossen Städten ist das Bedürfniss hierfür ein dringendes, wie die Verhältnisse in Berlin lehren, auch in den kleineren Städten und nicht minder auf dem Lande, namentlich überall da, wo die Kinder ausserdem noch weite Wege bis zur Schule zurückzulegen haben, stellt die Speisung armer Schulkinder, die wie die in Berlin und anderwärts, namentlich auch in der Schweiz gemachten Erfahrungen bestätigen, einen ausserordentlich günstigen Einfluss auf Gesundheit, Regelmässigkeit im Schulbesuch und Lerneifer zur Folge hat, eine hygienisch wichtige Aufgabe, vor Allem der privaten Wohlthätigkeit, dar. Um aber diese hygienische Forderung mit den socialen Pflichten der Eltern möglichst in Einklang zu bringen, ist es nothwendig, dass diese Speisungen auf die dringendsten Fälle beschränkt werden. In Uebereinstimmung mit dem Beschluss des Deutschen Armenpflөгertages auf der Jahresversammlung des Jahres 1896 ist die Verabreichung von Nahrungsmitteln an Schulkinder thunlichst unter Mitwirkung von Organen der Schulverwaltung auf diejenigen Fälle zu beschränken, in denen die Fürsorge aus Unterrichtsgründen erforderlich erscheint und nicht durch Unterstützung der Familie gewährt werden kann.

Sollen aber die Armenärzte gehalten sein, allen diesen Fragen ihre Aufmerksamkeit zuzuwenden, sei es dauernd an ihrem Wohnorte oder ausserhalb desselben bei Gelegenheit anderweitiger Thätigkeit, so ist nothwendige Voraussetzung, dass die Gehälter derselben der Verantwortlichkeit ihrer Stellung und der Mühewaltung entsprechend erhöht werden.

Dass bei den Communalärzten ein solcher Appell, diese ihre Thätigkeit im Sinne der öffentlichen Gesundheitspflege und im Besonderen der Gemeinde-Hygiene weiter auszugestalten, ihre Kenntnisse und Erfahrungen nicht bloss dem einzelnen Kranken, sondern vorbeugenden Zwecken nutzbar zu machen, nicht erfolglos bleiben wird, dafür bürgt, dass sie seit lange bereit und gewohnt sind, im Einzelfall ihr Wissen und Können der Allgemeinheit zur Verfügung zu stellen. Eine solche Thätigkeit, die in erster Linie vorbeugenden Zwecken dient, würde ihnen zweifellos eine grössere Befriedigung gewähren, als eine Thätigkeit, der durch die realen Verhältnisse häufig die engsten Grenzen gesteckt sind. Und was von dem Communalarzt gilt, hat in gleicher Weise Bezug auf die Aerzte in ihrer Gesamtheit.



Wenn zugegeben werden muss, dass der Arzt einen der wichtigsten Factoren der hygienischen und socialen Organisation darstellt, dass ohne die bereitwillige Mithilfe der Aerzte in ihrer Gesamtheit alle prophylaktischen Maassnahmen mehr oder weniger erfolglos bleiben, dass ihre Thätigkeit nicht damit erschöpft sein darf, bei ausgebrochener Krankheit dem Kranken ihre Hilfe zu bringen, sondern dass sie ihre Thätigkeit in den Dienst der Gesundheitspflege zu stellen und ihre Anordnungen dahin zu erweitern haben, dass die Familie und weiterhin die Gesamtheit vor Schaden möglichst bewahrt bleibt, so kann andererseits nicht geleugnet werden, dass auf Seiten der Aerzte nach dieser Richtung hin nicht immer dasjenige Verständniss gefunden wird, wie es in Berücksichtigung des dem Gemeinwohl dienenden Zweckes der hier in Frage kommenden Maassnahmen erwartet werden sollte. Je mehr der Arzt bei seinem Handeln sich von Rücksichten der öffentlichen Gesundheit leiten lässt, um so sicherer wird in jedem einzelnen Falle eine Verbreitung vermeidbarer oder übertragbarer Krankheiten verhütet werden, und um so erfolgreicher werden die behördlicherseits anzuordnenden Maassnahmen sich erweisen. Dies gilt namentlich auch hinsichtlich der Kassenärzte, deren Mitwirkung um so werthvoller und erspriesslicher sich gestalten wird, je mehr die hygienische Seite der kassenärztlichen Thätigkeit zur Geltung kommt, und je mehr die Kassenärzte ihre Aufmerksamkeit auf die der Mitgliedern der Krankenkassen in den verschiedenen Gewerbebetrieben drohenden Schädlichkeiten richten.

Hierzu die Aerzte zu erziehen, muss für eins der vornehmsten Ziele des ärztlichen Unterrichts und weiterhin für eine der dringendsten Aufgaben des ärztlichen Vereinslebens und der ärztlichen Standesvertretung erachtet werden.

---

.

# Specielle Krankenversorgung.

---

## V. Für Soldaten.

### 1. Beim Landheer.

#### a) Im Frieden.

Von

Oberstabsarzt I. Kl. a. D. Dr. **Helbig** in Serkowitz.

---

#### Einleitung.

Die Krankenversorgung im Friedensheere findet sich in den Werken über Militärmedizin oder Heeresgesundheitsdienst im Zusammenhange behandelt. Die Schriften über Militärgesundheitspflege besprechen meist auch einzelne wichtige Theile, insbesondere die Militärkrankenlager. Andere Einzelheiten pflegen gelegentlich der Erörterungen über Kriegssanitätsmaassnahmen erwähnt zu werden.

Als Nachweise des Fachschrifthums dienen die Sachregister der militärärztlichen Zeitschriften, der Index-catalogue of the library of the Surgeon General's Office (Washington, seit 1880), W. Roth's Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte auf dem Gebiete des Militärärztlichen Wesens (Berlin, seit 1874), der Abschnitt: „Bücherkunde“ in Frölich's „Militärmedizin“ (Wreden's Sammlung kurzer medizinischer Lehrbücher, 13. Band, Braunschweig 1887, Seite 5—13) u. s. w. Verzeichnisse das bibliographische Verzeichniss im Anhang zu diesem Bande.

Jedes geordnete Heer besitzt Vorschriften über die Krankenversorgung im Frieden. In Deutschland waren diese in zahllosen Reglements, Instructionen, Verfügungen, Erlassen u. s. w. der Einzelstaaten zerstreut. Jetzt sind sie durch die Friedens-Sanitäts-Ordnung vom 16. Mai 1891 zusammengefasst, deren wichtigste Ergänzungen aus dem „Amtlichen Beiblatt zur Deutschen militärärztlichen Zeitschrift“ zu erscheinen und; auch erschien im April 1896 ein die bis dahin vorgenommenen Änderungen zusammenfassender „Nachtrag I zur Friedens-Sanitäts-Ordnung“.

### A. Meldung von Erkrankungen.

Bei den dienstlichen Meldungen von Erkrankungen und Unfällen ist zu unterscheiden zwischen den Mittheilungen, welche von dem Betreffenden selbst ausgehen und Anzeigen von dritter Stelle. Bei ersteren handelt es sich meist um Krankheiten, welche überhaupt oder zur Zeit noch leicht sind. Die Gefahr der Vortäuschung liegt hier viel mehr, als sonst, vor. Es wird dabei bei weitem am häufigsten keine ernstliche, planmässige Simulation eines chronischen Leidens beabsichtigt und es kommt keine dauernde Dienstuntauglichkeit noch auch Pensionirung in Frage, sondern durch die Krankmeldung bezweckt der Vortäuschende zumeist nur die Befreiung von einer vorübergehenden, ihm aus irgend einem Grunde lästigen, dienstlichen Beschäftigung. Dieser Zweck wird in der Regel selbst dann erreicht, wenn die ärztliche Untersuchung die vorgebrachten Klagen als unbegründet erweist; denn während dieser Untersuchung hat meist der Dienst begonnen und der gesund Befundene kann für diesen Tag nicht mehr heran gezogen werden.

Um derartigen Missbrauch zu verhindern, steht bei manchen Heeren, insbesondere bei dem Französischen, auf unbegründete Krankmeldung Arreststrafe. Es erscheint dies im Hinblick auf die Möglichkeit eines Irrthums bei der ärztlichen Diagnose für das Ansehen des Arztes selbst und aus Gründen der Menschlichkeit nicht räthlich und überdies unnöthig. Denn jeder gewissenhafte Truppenarzt merkt sich diejenigen Leute, welche vor einem beschwerlichen Dienste mit unbegründeten Klagen zu erscheinen pflegen, und weiss im Einzelfalle dem abzuhelpen, so dass die Gefahr einer Diensthinterziehung nur bei einem Wechsel des ärztlichen Personals vorübergehend vorliegt.

Die Deutsche „Friedens-Sanitäts-Ordnung“ schreibt (§ 15) zweckmässig vor, dass die krank zu meldenden Mannschaften mit den bereits in Revierbehandlung befindlichen, sofern sie gehen können, dem Arzte durch einen Unteroffizier compagnieweise vorgeführt werden (siehe S. 257 dieses Abschnittes).

Die Krankmeldung durch Dritte erfolgt je nach der Art der Erkrankung oder des Unfalls in verschiedener Weise. — Besitzt die Erkrankung allgemeine Wichtigkeit, wie beim Ausbruche von Seuchen, oder handelt es sich um einen Unfall mit ernstlicher Verletzung, so giebt der Arzt darüber der höheren Stelle sofort Mittheilung (vergl. weiter unten „Krankenberichte“ S. 280 unter „F.“).

Ueber die Beförderung der Meldungen von Unfällen machen sich in grösseren Garnisonen örtliche Vorschriften erforderlich, um die Wegschaffung der Verletzten thunlich bald herbeizuführen, beziehungsweise ärztliche Hilfe schnell anzurufen. Erfahrungsgemäss denkt sonst bei Bedarf bisweilen keiner der Betheiligten an den nächsten Fernsprecher, oder der diensthabende Telegraphist der Wache weiss nicht, dass das Krankenhaus Anschluss hat u. dergl.

### B. Aerztliche Untersuchung.

Erscheint eine Erkrankung nicht derart, dass der Betroffene in einem Quartiere oder in der Mannschaftsstube vom Arzte besucht oder unmittelbar in das Krankenhaus geschafft werden muss, so erfolgt die ärztliche Untersuchung in einem hierzu in jeder Kaserne vom Regimentskommandanten bestimmten (oder bei nicht kasernierten Truppen ermieteten) Räume. Erheischt die Untersuchung besondere Sorgfalt, so kann hierzu die Revierkrankenstube benutzt werden, auf der in Deutschland nach § 16, 4 der Friedens-Sanitäts-Ordnung) die Abhaltung des täglichen Revierkrankendienstes untersagt ist. Ebenso wenig darf dieser Dienst in assistenzärztlichen Dienstwohnungen, in Lazarethgehilfenstuben oder in Wachräumen abgehalten werden. Dagegen blieb in Deutschland nach § 14, 4 der Friedens-Sanitäts-Ordnung) der Revierdienst im Lazareth bestehen, sofern die Garnisonstärke höchstens zwei Bataillone beträgt, oder der wachhabende Sanitätschef ausnahmsweise auch Revierdienst thut.

Das Untersuchungszimmer soll hell und in der kalten Jahreszeit geheizt sein. An Ausrüstungsstücken genehmigt die Deutsche Friedens-Sanitäts-Ordnung (§ 14, 3) eine Waschschüssel, einen verschliessbaren Holzkasten für die Verbandmittel, wöchentlich ein feines und ein gewöhnliches Handtuch, Seife.

Die ärztliche Untersuchung beim Militär weicht von der gewöhnlichen im Civil kaum ab. Wenn möglich, sind Haut- und Geschlechtskrankungen zu berücksichtigen, die bisweilen von Verunglückten oder anderweit Erkrankten verheimlicht werden, und deren Uebersehen zu unliebsamen Weiterungen, insbesondere bei Abgabe des Kranken an ein Garnisonlazareth, Anlass geben kann. Ferner erörtert die militärärztliche Untersuchung, ob die Erkrankung eine ausserdienstliche oder dienstliche Ursache habe.

Das Untersuchungsergebniss wird in das Tagebuch (Revierbuch) eingetragen, und je nach Erfordern die nöthige Meldung entworfen, nach welcher bestimmt, ob der Untersuchte im Revier, im Krankenhause oder gar nicht weiter zu behandeln sei. Bei dieser Entscheidung hat der Arzt zur Vermeidung unliebsamer Folgen zu beachten, welcher Anspruch auf Krankenpflege im Frieden dem Erkrankten zusteht. Dem Lazareth sind nach der Beilage 12 zu § 64 der Friedens-Sanitäts-Ordnung zunächst nur die zur Krankenhausbehandlung geeigneten Gemeinen, unverheiratheten Unteroffiziere und Militärunteroffizianten zu überweisen. Betreffs der Avantagierten wird in Deutschland nicht allenthalben gleich verfahren, zumeist werden sie wie Mannschaften desselben Ranges behandelt. Einjährig Freiwillige werden erst dann dem Lazareth überwiesen, wenn sie dies selbst wünschen oder in ihrer Wohnung keine genügende Pflege finden oder bei früheren Er-

krankungen sich unzuverlässig erwiesen. Für gewöhnlich kommen die Einjährig Freiwilligen in civilärztliche Behandlung oder in das Revier, wo ihnen ärztliche Hilfe (auch in ihrer Wohnung, falls eine solche Behandlung der zuständige Sanitätsofficier nach der Anmerkung zu § 15, 2 der Friedens-Sanitäts-Ordnung freiwillig übernimmt) unentgeltlich zu steht, während sie Arzneien, Verbandmittel und chirurgische Geräthe (nach § 17, 2 und § 120) bezahlen müssen. Auch die verheiratheten Unterofficiere werden bei schwerer Erkrankung, falls in ihrer Wohnung die erforderliche Wartung fehlt oder von ihrer Kasernenwohnung aus die Gefahr einer Ansteckung gesunder Mannschaften droht, der Krankenhausbehandlung überwiesen.

Liegt ein Unfall vor, welcher schleunige Hilfe erfordert, so treten die Erwägungen hinsichtlich der Bezahlung von Verbandstoffen u. dergl. zurück; es dürfen alsdann letztere nach § 119, 3 der Friedens-Sanitäts-Ordnung selbst an Civilpersonen ohne weiteres verabreicht werden.

### C. Revier.

Die militärische Revierbehandlung entspricht der ambulatorischen oder Sprechstunden-Thätigkeit in der Civilpraxis oder der Poliklinik bei der ärztlichen Lehranstalt. Unter den Revierkranken pflegt man drei verschiedene Grade zu unterscheiden, nämlich die sogenannten Dispensirten, (früher: Schonungskranken), die gewöhnlichen Revierkranken und die in der Revierkrankenstube Aufgenommenen.

Die ersteren sind solche Mannschaften, welche aus irgend einem ärztlichen Grunde von gewissen Dienstleistungen entbunden sind. Hierzu gehören zumeist auch die aus dem Krankenhause als noch schonungsbedürftig Entlassenen, ferner die zur Verabschiedung wegen Dienstunbrauchbarkeit und die zu Badecuren Vorgeschlagenen. Während die eigentlichen Revierkranken völlig dienstfrei sind, können andere zu allen Dienstleistungen herangezogen werden, von denen sie nicht ausdrücklich befreit sind. Es führt dieser Umstand leicht zu Meinungsverschiedenheiten zwischen den Truppen und dem Arzte, insbesondere, wenn es sich nicht um Gemeine in Reihe in Glied, sondern um Musiker, Unterofficiere, Schreiber, Burschen handelt. Es erschien deshalb der Begriff „Schonungskrank“ als ein Compromiss zwischen dem Sanitäts- und Truppendienste und wurde deshalb bei den einzelnen Truppentheilen und Garnisonen ungleich weit ausgedehnt. Die Friedens-Sanitäts-Ordnung vermeidet deshalb den beregten Ausdruck; sie spricht (in § 12, 2) nur von „theilweiser Befreiung vom Dienste im Quartier (Kasernen- bezw. Bürgerquartier)“ und bezeichnet (in der 6. Bemerkung zu Muster a der Beilage 10) als revierkrank jeden, „welcher auf Grund einer ärztlichen Anordnung, ohne in die Lazarethverpflegung aufgenommen zu sein, ganz oder theilweise vom Dienst befreit ist.“

Diejenigen Revierkranken, welche von jedem Dienste befreit sind, halten sich tagsüber in der Mannschftswohnung auf. Zur be-

stimmten Stunde treffen sie unter Führung eines Unteroffiziers oder Gefreiten in dem Revierdienst-Zimmer (Seite 255) ein. Es handelt sich hierbei meist nur um Leichtkranke, deren Wiederherstellung in wenigen Tagen zu erwarten steht und die von keinem ansteckenden oder geschlechtlichen Leiden befallen sind. Krätzkranke kommen nach § 12, 2 und 27, 2 \* \* \* 2 der Friedens-Sanitäts-Ordnung nur, sofern sie in Bürgerquartieren liegen, bei Quartierwechsel in Lazarethbehandlung.

Der Revierdienst wird in der Regel von einem Assistenzarzte des Truppentheils bataillons- oder regimentsweise abgehalten. Er soll thunlich vor Beginn des Dienstes, jedenfalls aber erst nach Tagesanbruch anfangen. Findet er im Lazarethe statt, so ist durch § 14, 2 der Friedens-Sanitäts-Ordnung der Beginn im Sommer nicht vor 6, im Winter nicht vor 8 Uhr festgesetzt. Revierdienstthuende Unter- oder einjährig freiwillige Aerzte müssen nach einem Erlasse der Medicinal-Abtheilung des preussischen Kriegsministeriums (No. 1664/10 M. A.) vom 3. Januar 1895 vorher mit diesem Dienste hinreichend vertraut gemacht worden sein. Ausser dem Arzte soll mindestens ein Lazarethgehilfe zur Stelle sein. Die näheren Anordnungen trifft jedes Regiment nach Anhörung seines rangältesten Sanitäts-Offiziers.

Zum Revierdienst gehört die ärztliche Aufsicht über die Revierkrankenstuben. Diese sollen Unterkunft für solche Revierkranke gewähren, „bei denen behufs baldiger Herstellung der Dienstfähigkeit besonders auf die Ermöglichung eines gleichmässigen, ruhigen Verhaltens oder der Bettlage, und auf die gesicherte Durchführung bestimmter ärztlicher Verordnungen Werth zu legen ist.“

Ob es nöthig sei, in Kasernen Krankenstuben einzurichten, bildet eine alte Streitfrage der Militärgesundheitspflege. In Deutschland wurden die einschlägigen Versuche, nachdem sich diese Einrichtung als unzweckmässig herausgestellt hatte, reglementarisch im Frühjahr 1873 aufgegeben. Als aber bei den späteren plötzlichen Heervermehrungen die seit dem 26. Januar 1868 von  $6\frac{2}{3}$  pCt. auf 5 pCt. der Garnisonstärke herabgesetzte Normalkrankenzahl der Friedenslazarethe nicht mehr beschafft werden konnte und schliesslich noch weiter (bis auf 4 pCt.) vermindert werden musste, so machte sich die Wiederbeschaffung von Kasernenkranken-Stuben erforderlich. Ueber deren Einrichtung bestimmt die Garnison-Gebäudeordnung vom 19. December 1889 (erster Theil, § 29), dass in der Regel eine Revierkrankenstube für keinen grösseren Truppentheil, als je ein Bataillon, Kavallerie-Regiment oder Artillerieabtheilung vorzusehen sei. Der Belegeraum bemisst sich auf 20 m<sup>3</sup> für den Kopf und  $1\frac{1}{2}$  pCt. der etatsmässigen Truppenstärke. Auf eine für den Zutritt von Licht und Luft günstige Lage und auf gute Lüftungs-Vorrichtungen ist besonders zu achten, doch werden keine näheren Vorschriften gegeben. Die Friedens-Sanitäts-Ordnung (§ 16 und Beilage 3) bestimmt als Ausstattung der Revierkrankenstuben die kasernenmässige der Mannschaftszimmer und ausserdem: Fenstervorhänge, Wassergläser, Nachtgeschirre, Speiglgäser, einen Schrank für Listen, Geräthe und Heilmittel, Wasch-

schüsseln, Handtücher, eine Fussbadewanne, ein Zimmerthermometer, einen Eimer, sowie ferner eine Spülkanne, ein Eiterbecken, ein Fieberthermometer und einen Seifennapf. Auch erhielten die Revierkrankenstuben durch die Kriegsministerial-Verfügung (1375/11. 97. M. A. vom 30. December 1897 einen Blechkasten für Verbandstoffe und eine Schale zur Desinfection chirurgischer Instrumente. Bekleidung, Wäsche, Bettzeug und Beköstigung werden nicht besonders gewährt, und zur Reinhaltung bei Bedarf Leichtkranke vom dienstthuenden Arzte herangezogen. Als Stubenältester ist auf jeder Krankenstube ein Lazarethgehilfe kasernenmässig untergebracht.

Hiernach stellen die Revierkrankenstuben in Deutschland nur Nothbehelfe dar.

Vergleicht man die entsprechenden Einrichtungen in anderen Heeren, so darf man mit den Revierkrankenstuben nicht verwechseln das Regimentslazareth bei der Englischen Armee, ferner das Marodenhaus nach der Oesterreichischen Vorschrift vom 18. December 1873 und das Oesterreichische Truppenspital. Beide sind kleine Garnisonlazarethe, und zwar das Marodenhaus für eine Garnison von 300 bis 500, das Truppenspital für eine solche von mehr als 500 Mann. Bestimmungsgemäss dienen die Marodenhäuser zur Aufnahme nicht nur leichter, eine baldige Genesung in Aussicht stellender, sondern auch schwerer, zur Wegschaffung ungeeigneter Kranken, „wobei jedoch mit Rücksicht auf den in der Regel beschränkten Raum und die sonstigen nicht für eine spitalmässige Pflege ausreichenden Einrichtungen dieser Anstalten, eine zeitgemässe periodische Abgabe von Kranken an das nächste Truppen- oder Garnisonsspital stattzufinden hat“ (Organische Bestimmungen für die k. und k. Militär-Sanitäts-Anstalten, V. — Normal-Verordnungsblatt für das k. und k. Heer, 26. Stück vom Jahre 1894).

Die neue Oesterreichische Kasernenbauvorschrift (Anleitung für den Neubau von Kasernen, Normal-Verordnungsblatt für das k. und k. Heer, 33. Stück. Zu Abth. 8, No. 2473 vom Jahre 1895; § 214 bis 227) schreibt in jeder Kaserne für Leichtkranke, „welche voraussichtlich zu ihrer Herstellung nur kurze Zeit und keiner schwierigen Pflege bedürfen“, getrennte Räume vor, deren Grösse 2 pCt. des Mannschaftsbelags der Kaserne nicht überschreiten soll. Die 3,8—4,2 m hohen Zimmer gewähren für jeden Kopf 6 m<sup>2</sup> Bodenfläche und 24 m<sup>3</sup> Luftraum. Sie sind nach Südosten, Süden oder Osten anzulegen, die Lüftungsvorrichtungen berechnen sich bei einem Wärmeunterschiede von 3° C. zwischen Innen- und Aussenluft für jede Lagerstätte auf einen stündlichen Luftwechsel von 40—50 m<sup>3</sup>. Die Zimmer erhalten wemöglich eigenen Eingang, auch sind besondere Aborte für die Kranken herzustellen.

Von der Revierkrankenstube der Kaserne wesentlich verschieden ist ferner die Französische Infirmerie, die bis zur Zeit Ludwig's XIV. das Militärlazareth ersetzte. Sie erhielt unter Soult 1838 eine moderne Gestalt und findet sich meist in einem eigenen Gebäude untergebracht.

auf  $2\frac{1}{2}$ —3 pCt. der Mannschafsstärke bemessen nimmt sie auch Geschlechtskranke auf und ist mit Besuchszimmer und Bad ausgestattet. Die Unbestimmtheit des Begriffs „leicht“ bei Erkrankungen hat zur Folge, dass manche Truppenärzte nur wenig Kranke in die Infirmerie aufnehmen, während andere Aerzte die ihrige zu einem vollständigen Krankenhaus ausbilden. Die nicht in der Infirmerie aufgenommenen Lieverkranken werden als „malades à la chambre“ in den Listen geführt.

### D. Krankenförderung.

Zur Fortschaffung der Kranken und Verunglückten erwähnt die Friedens-Sanitäts-Ordnung (§ 67) den Krankenkorb und die Krankenfahrbahre, sowie Eisenbahnen, Dampfschiffe, Pferdebahnen oder bespannte Wagen. Die Krankentrage, welche im Kriege in erster Reihe in Frage kommt, findet im Frieden nur bei aussergewöhnlichen Fällen, wie bei Massenverunglückung und bei grösseren Truppenübungen, Verwendung. Die bei Bedarf für entlegene Kasernen oder Forts anzuschaffende Krankenfahrbahre findet sich in Beilage 37 zu § 175, 3 unter No. 82 ausführlich beschrieben; neuerdings dürfen jedoch (Nachtrag I vom April 1896, No. 155) auch andere Constructionen mit Genehmigung der Medicinal-Abtheilung Verwendung finden. Diese Räderbahnen nach amerikanischem Vorbilde fanden zuerst wenig Anklang; man zog häufig den alten Krankenkorb vor, der von zwei Trägern in gewöhnlicher Weise oder auch von vieren auf den Schultern getragen wird. Irgend welche Besonderheiten von der entsprechenden Einrichtung im Civil bietet diese Beförderung beim Militär nicht. Dasselbe gilt von den anderen, oben erwähnten Transportmitteln und den etwa bei hochgelegenen detachirten Forts zur Benutzung kommenden Tragthieren. Die etatsmässige Leichentrage beschreibt die angeführte Beilage 37 unter No. 337 (Nachtrag I, No. 160). Die in besonderen Fällen bei Ermangelung gewöhnlicher Beförderungsmittel anzuwendenden Improvisationen werden im Abschnitt über „Krankenförderung im Kriege“ (Abschnitt V, 1b der II. Abtheilung dieses Bandes) abgehandelt, desgleichen die zur Beförderung innerhalb des Krankenhauses selbst dienenden Aufzüge und Tragestühle im Abschnitt „Krankenkomfort“.

Die zur Ueberführung ansteckender Kranken gebrauchten Beförderungsmittel werden vom Lazareth desinficirt und zwar, falls sie einem Unternehmer gehören, vertragsmässig auf dessen Kosten.

Als Personal werden zur Krankenförderung in der Regel Mannschaften aus Reih und Glied, wenn thunlich unter Aufsicht eines Lazarethgehilfen, befehligt. Bei grösseren Truppenübungen bestimmt man hierzu zweckmässig für den Kriegsfall ausgebildete Krankenträger, ebenso bei grösseren Garnisonen zu den regelmässigen Krankenüberführungen. Selbstredend wird für aussergewöhnliche Fälle, bei Massentransporten, auf beträchtliche Entfernung u. s. w. ein Arzt beigegeben.



Die regelmässige Krankenbeförderung mit den Hilfsmitteln der Neuzeit, insbesondere der Eisenbahnen, versuchte man hie und da zu benutzen, um für kleine Garnisonen, insbesondere in Grenzgebieten, die Einrichtung grösserer Krankenhäuser entbehrlich zu machen, indem man alle zur Ueberführung geeignete Kranken der nächsten grösseren Ortschaft mit einem umfangreichen Militärlazareth zuwies. Das Verfahren bewährte sich aber bei der Ausführung auf die Dauer wenig, so dass man im Frieden die Krankentransporte meist auf das unbedingt Nöthige, vorzugsweise auf specialistische Behandlungsfälle und zur Verhütung von Ueberfüllung bei ausbrechenden Seuchen, beschränkt.

### E. Krankenhaus.

Die militärischen Krankenhäuser bieten keine wesentlichen Verschiedenheiten im Vergleich mit denen des Civils dar. Vor einigen Jahrzehnten bildeten die Amerikanischen Krankenhausanlagen auch für civile Lazarethe vielfach ein Vorbild, doch handelte es sich hier ausschliesslich um die während des Secessionskriegs improvisirten Anlagen, während sonst allenthalben die best eingerichteten Civil-Krankenanstalten Muster für Militärfriedensspitäler zu bilden pflegen.

#### a) Schriftthum.

Die Literatur der Militärfriedenslazarethe erscheint der Wichtigkeit des Gegenstandes entsprechend umfangreich; insbesondere enthalten fast alle Handbücher der Militärgesundheitspflege einen besonderen Abschnitt über Krankenhäuser, der sich jedoch in der Regel nicht auf das den militärischen Verhältnissen Eigenthümliche beschränkt, sondern die gesundheitlichen Gesichtspunkte der Lehre vom Krankenhausbau überhaupt mit in Betracht zieht. An dieser Stelle kommt das Krankenhaus im Allgemeinen nicht in Betracht, da es bereits (im Abschnitte III des ersten Bandes dieses Werkes) abgehandelt wurde.

Wichtiger als die erwähnten Abschnitte der Lehrbücher erscheinen für den vorliegenden Gegenstand Beschreibungen einzelner Garnisonlazarethe. Solche finden sich vornehmlich in den officiösen Garnisonberichten, von denen in Deutscher Sprache die seit 1887 zu Wien vom k. k. Reichskriegsministerium herausgegebenen „hygienischen Verhältnisse der grösseren Garnisonsorte der österreichisch-ungarischen Monarchie“ und die seit 1893 zu Berlin erscheinenden „Garnisonbeschreibungen“ der Medicinal-Abtheilung des k. Preussischen Kriegsministeriums (bisher: Kassel, Stettin, Liegnitz, Hannover, Potsdam zu nennen sind. — Endlich kommen in Betracht die in allen Staaten erlassenen Vorschriften über Bau, Einrichtung und Verwaltung der Militärlazarethe. In Deutschland enthält in dieser Beziehung alles Wesentliche der III. Theil der Friedens-Sanitäts-Ordnung vom 16. Mai 1891 (§ 41 bis § 317).

## b) Geschichte.

Ueber die altrömischen Militärlazarethe ist wenig bekannt und dieses Wenige noch nicht kritisch zusammengestellt. Sie entsprachen nicht sowohl den modernen Krankenhäusern der Friedensheere, als vielmehr den Kriegslazarethen, da das Römische Heer auch im Frieden wenigstens bis auf Septimius Severus nicht sowohl aus Garnisonen als aus jeder Zeit mobilen Feldtruppen zusammengesetzt war.

Noch weniger kann bei den anderen Völkern des Alterthums und während des ganzen Mittelalters von militärischen Friedenslazarethen die Rede sein, deren erstes Vorkommen Frölich (a. a. O. S. 599) bei den Mauren vermuthet. — Nachzuweisen sind sie erst unter Ludwig XIV. von Frankreich, der 1708 in 51 Städten Militärlazarethe einrichten liess. Noch früher, nämlich seit 1706, soll in Moskau eine militärische Heilanstalt bestanden haben. Die einzelnen Staaten folgten dem Französischen Vorbilde noch im Laufe des 18. Jahrhunderts. Meist waren die Einrichtungen, dem damaligen Standpunkte der Krankenhausbaukunde entsprechend, mangelhaft und von einem übel angebrachten Sparbestreben beeinflusst.

Erst nach dem Krimkriege veranlasste das Englische Blaubuch über die Untersuchung von 162 Kasernen und 114 Lazarethen (General report of the commission appointed for improving the sanitary condition of barracks and hospitals, London 1861; 338 Folioseiten) eine Wendung zum Besseren. Seit dieser Zeit war man in allen Staaten bemüht, die militärischen Krankenhäuser den Forderungen der Gesundheitslehre entsprechend einzurichten. In Deutschland kam dieses Bestreben im Jahre 1891 zu einem vorläufigen Abschlusse mit dem Erlasse der Friedens-Sanitäts-Ordnung. Diese entspricht selbst weitgehenden Ansprüchen an Krankenhäuser in befriedigender Weise, allerdings nur für die verhältnissmässig knapp bemessene Krankenzahl von höchstens 4 pCt. der Truppenstärke. Die Erfahrung der letzten Jahre zeigte jedoch, dass bei dem allgemeinen Sinken der Erkrankungshäufigkeit diese Beschränkung zulässig war, und es liegt zur Zeit kein Grund zu der Befürchtung vor, dass in der nächsten Zukunft die Gesundheitsverhältnisse sich ungünstiger gestalten.

## c) Baustelle.

Hinsichtlich der gesundheitlichen Forderungen kommen für die Wahl der Baustelle des Militärlazareths keine anderen Gesichtspunkte zur Geltung, als bei der Erbauung anderer Krankenhäuser. Die Nähe, nicht aber der unmittelbare Anschluss der Kaserne erscheint erwünscht, desgleichen bei grösseren Anlagen, denen Kranke von auswärtigen Garnisonen zugehen, auch die Nähe einer Eisenbahn. Ebenso erwünscht ist für Erweiterungsbauten im Kriege eine verfügbare Bodenfläche, die im Frieden zweckmässig als Garten oder Krankenpark verwandt wird und zur Fernhaltung unliebsamer Nachbarschaft dient. Für befestigte Plätze macht

sich eine freie, weithin sichtbare Lage erforderlich, da sonst (nach den Erfahrungen des Feldzuges 1870/1 in Frankreich) selbst ein Gegner, welcher die Unverletzlichkeit des Krankenhauses im Sinne des Genfer Vertrages berücksichtigen will, dies bisweilen wegen der Unkenntlichkeit des Baues nicht vermag.

Bezüglich der Beschaffenheit des Untergrundes des Lazarethbauplatzes schreibt die Friedens-Sanitäts-Ordnung (§ 1, 3 von Beilage 11 zu § 42, 5) zwar chemische und bakteriologische Boden- und Wasseruntersuchung, sowie Senkung von Probebrunnen vor, jedoch nur, „wo die Bodenbeschaffenheit zu gesundheitlichen Bedenken Veranlassung giebt.“ Umgekehrt sollten derartige Untersuchungen die Regel bilden, von der nur im Ausnahmefalle und, wenn keinerlei Bedenken vorliegen, abgegangen werden darf.

#### d) Grösse.

Ein Militärlazareth unterliegt hinsichtlich der Begrenzung seines Umfanges nach oben denselben Schranken, wie die sonstigen Krankenanstalten, die von einer gewissen Grösse an schwerfällig und kostspielig zu verwalten sind und den Kranken unzuträglich werden. Während es in Deutschland an einer bezüglichen Vorschrift fehlt, bezeichnet Art. XVIII der österreichischen „organischen Bestimmungen für die Militär-Sanität“ vom 12. Juni 1894 als grössten Belegraum für ein erweitertes Garnisonsspital 1000 Betten. Im Frieden dürfte etwa die Hälfte, welche in Deutschland einer Garnison von 12500 Mann entspricht, für gewöhnlich die Grenze bilden, innerhalb deren eine einheitliche Leitung und die Verwaltung noch im Stande sind, den Dienstbetrieb und die wirtschaftliche Gebahrung hineinreichend zu übersehen. Als untere Grenze wird für Deutschland durch die Friedens-Sanitäts-Ordnung (§ 42) eine Truppenstärke von 600 Mann (entsprechend 24 Lagerstätten) festgesetzt. Nur ausnahmsweise, insbesondere in Grenzgebieten, wird für eine kleinere Kopffzahl ein Garnisonlazareth bewilligt; in der Regel aber statt des letzteren zur Aufnahme der nicht in die nächste grössere Garnison verlegbaren Kranken eine Civilheilanstalt vertragsmässig (§ 45 der Friedens-Sanitäts-Ordnung) benutzt. — Die bezüglichen Oesterreichischen Bestimmungen wurden bereits auf S. 258 dieses Bandes erwähnt.

Für die einzelne Garnison bestimmt den Umfang des Militärkrankenhauses die Normalkrankenzahl, die in Deutschland seit 1885 auf 4 vom Hundert der Garnisonstärke herabgesetzt wurde (siehe S. 257 dieses Bandes). Ausnahmsweise kann diese Zahl auf  $3\frac{1}{2}$  bemessen werden. Dieser Worth mindert sich jedoch dadurch, dass in die Belegungsfähigkeit (Normalkrankenzahl) des Lazareths Arrestlocale, Behälter für Geisteskranke, sowie bei mehr als 200 ein Betsaal je nach dem Fassungsraume einzurechnen werden; auch sind die benachbarten Garnisonen nur „mit 2 pct ihrer Etatsstärke in Rechnung zu ziehen“ (Anmerkung zu § 42, 3 der Friedens-Sanitäts-Ordnung).

Genügen die im Garnisonlazarethe vorgesehenen Lagerstätten für

die Krankenzahl aus irgend einem Grunde nicht mehr, so werden Hilfs-lazarethe eingerichtet, wozu nach der Friedens-Sanitäts-Ordnung (§ 43) nur „ganz ausnahmsweise“ und vorübergehend belegte Kasernen benutzt werden dürfen.

Was die Grösse der einzelnen Krankengebäude betrifft, so bieten auch hierin die militärischen Verhältnisse keinen Anlass zu besonderen Forderungen. Bei kleineren Anlagen bis zu 40 Kranken dürfen in Deutschland im Krankengebäude des Garnisonlazareths auch die Verwaltungsräume mit untergebracht werden. Desgleichen soll jedes Geschoss eines Pavillons nur 40 Lagerstätten enthalten, während bei gewöhnlichen Gebäuden mit Längsflur höchstens 30 Lagerstätten in jedem Geschosse untergebracht werden.

Als Grundfläche rechnet man in Deutschland bei kleineren Garnisonlazarethen 180, bei grösseren 150 qm, wobei die erforderlichen, geräumigen Hof- und Gartenplätze inbegriffen sind. — Betreffs der Grundform der Anlage sah man zweckmässig von Aufstellung allgemeiner Grundsätze ab, doch soll eine lang gestreckte oder in spitzen Winkeln auslaufende Gestalt des Bauplatzes möglichst gemieden werden.

#### e) Krankengebäude.

Das Krankenhaus des militärischen Lazareths hat kaum eine Besonderheit gegenüber den sonstigen Lazarethanlagen. Es gilt dies sowohl hinsichtlich der Höhe und Flächenausdehnung der Gebäude, als auch hinsichtlich der Zahl und Höhe der Stockwerke, desgleichen hinsichtlich der Gänge (Flure, Corridore), der Treppen und Eingänge, ferner der Unterkellerung, Entwässerung und Bedachung, endlich des Baustoffes und des Baustils. Um hier keine Wiederholung des (im Abschnitt III des ersten Bandes dieses Werkes) Gesagten zu bringen, bleibt im Folgenden nur das für die Deutschen Militärlazarethgebäude von der Friedens-Sanitäts-Ordnung (Beilage 11 zu § 42, 5) vorgeschriebene zu erwähnen. Diese unterscheidet zwischen gewöhnlichen massiven Krankenhäusern, die sie „Krankenblocks“ nennt, und Pavillons.

Die Einzelheiten ergeben sich aus dem Wortlaute der (am Schlusse dieses Abschnittes abgedruckten) §§ 2 bis 6, sowie 11 und 12. Diese Vorschriften haben lediglich für Neubauten und auch da nur als „allgemeine Grundsätze“ Gültigkeit, sodass im Einzelfalle alle Forderungen der Wissenschaft berücksichtigt werden können.

Eine eigenthümliche Bauweise, nämlich die Tolle't'sche, liegt für ein Militärlazareth besonders nahe, da diese von dem Erfinder zunächst für Kasernen berechnet war und für solche in Frankreich mehrfach Verwendung gefunden hat (C. Tolle't, *Mémoire . . . sur les logements collectifs, hôpitaux, casernes etc.* Paris 1878. — Derselbe, *Logements collectifs: casernes*, ebenda 1888, Folio mit 9 Tafeln). Die Anwendung auf Krankenhausbauten im Allgemeinen wurde im Abschnitt III des 1. Bandes dieses Werkes bereits behandelt und durch Abbildungen ebendasselbst veranschaulicht. — Der Tolle't'sche Spitzbogen

bau bietet erhebliche Vortheile, vornehmlich Einfachheit, Billigkeit und Vermeidung stockender Luftschichten. Leider ist er erfahrungsgemäss nur in wärmeren Gegenden ohne regelmässigen, anhaltenden Schneefall verwendbar. Die schon in Nordfrankreich, noch mehr bei den deutschen Witterungsverhältnissen nöthig werdenden Veränderungen der Spitzbogenbauweise heben jedoch die erwähnten Vorzüge auf, sodass ein Militärkrankenhaus nach Tollet's System für Deutschland kaum in Frage kommt.

#### f) Krankenzimmer.

Von dem Krankenzimmer und dessen Ausstattung gilt dasselbe, was von dem Krankengebäude vorstehend bemerkt wurde. Als Eigenthümlichkeit könnte man beim Militärlazarethe vielleicht die Stuben für Offiziere und die für Arrestanten ansehen; es entsprechen jedoch die Offizierskrankenräume den in den meisten grösseren Civilkranken-Anstalten vorhandenen Einzelzimmern für zahlende Kranke und die Unterbringung arretirter oder in Strafhaft befindlicher Militär-Personen zeigt gegenüber der Versorgung Gefangener in Civil-Heilanstalten keinen Unterschied.

Die zur Zeit im Deutschen Heere bezüglich der Krankenzimmer geltenden baulichen Bestimmungen werden ersichtlich aus den am Schluss dieses Abschnittes abgedruckten §§ 13 bis 17 der Beilage II zu § 42, 5 der Friedens - Sanitäts - Ordnung, deren Beilage 36 zu § 175, 1 die Vorschriften über die Krankenzimmer - Ausstattung im Einzelnen enthält.

Diese Vorschriften entsprechen im Allgemeinen den gesundheitlichen Anforderungen der Neuzeit. Etwas specifisch Militärisches enthalten sie kaum. Von solchen könnte eine in Kasernen bewährte Neuerung in Frage kommen, nämlich die Behandlung der hölzernen Zimmerfußböden mit Theer, die von Schaffer (in No. 15 der allgemeinen Wiener med. Zeitung vom Jahre 1886) angegeben wurde und als Coaltarisation (vom englischen „coal“ Kohle und „tar“, Theer, theeren im französischen Heere durch das Rundschreiben des Kriegsministeriums an die General-Kommandos vom 5. Februar 1894 (Bulletin officiel du ministère de la guerre, No. 7, Seite 89 bis 97) für Kasernenzimmer empfohlen wurde. Das Verfahren ist theuer und verleiht dem Wohnraume ein düsteres Aussehen. Es gestattet aber eine leichte Reinigung durch Aufwischen, hält Ungeziefer fern und beseitigt den unangenehmen Geruch voll belegter Zimmer. Ueber Verwendung des Theerens bei Krankenstuben wurden bisher keine Erfahrungen veröffentlicht, doch könnte das Verfahren bei Hilfslazarethen in gemietheten Räumen, insbesondere bei Garnisonen, in deren Kasernen es eingeführt ist, ebenso, wie die Benutzung neuerer Präparate (Carbolineum), in Frage kommen.

#### g) Kranken-Baracke.

Die Baracken haben für die Kranken-Unterbringung im Frieden eine erheblich geringere Bedeutung als im Kriege und werden deshalb im Abschnitte V, 1 b dieses Bandes ausführlich Erwähnung finden. Im Frieden kommen sie überall da zur Verwendung, wo eine geeignete Unterkunft in festen Gebäuden sich nicht schnell genug beschaffen lässt, wie bei ausbrechenden Seuchen, bei unvorhergesehenen Truppen-Verlegungen und nach Bränden. — Für Deutschland schreibt die Friedens-Sanitäts-Ordnung § 46, 3 als Muster zu erbauender Baracken „im äussersten Falle“ die Noth- oder Zelt-Baracke nach der Anlage zur Kriegs-Sanitäts-Ordnung vom 10. Januar 1878 (§ 65) vor. Diese Baracke unterscheidet sich hauptsächlich durch leichtere Bauart von der Kriegs-Baracke der Reserve-Lazarethe (ebenda § 66 und Abbildung, Bl. II). — Für gewöhnlich genügt jedoch im Frieden die Aufstellung von Zelten oder von transportablen Baracken. Als letztere sind in Deutschland zur Zeit die verbesserten Doecker'schen Militär-Lazarethbaracken und die Bernhardt - Grove'sche Wellblech-Krankenbaracke eingeführt, deren Verwendung und Einzelheiten aus der am Ende der Arbeit abgedruckten Beilage 11 a zu § 43, 2 der Friedens-Sanitäts-Ordnung ersichtlich sind.

#### h) Nebenräume (Apotheke, Desinfection, Dienstwohnung).

Die zur Krankenpflege nöthigen Nebenräume, insbesondere Zimmer für Genesende, Irre und diensthabende Aerzte, ferner Apotheke, Operationssaal und Aufnahmeraum sind ebenso wie Geschäftszimmer, Vorrathskammern, Bäder, Speise- und Wasch-Küche, Leichenkammer bei kleinen Militärlazarethen kaum von den gleichartigen Einrichtungen in anderen gleichgrossen Krankenhäusern verschieden. Dagegen besitzen grössere Garnisonlazarethe, insbesondere solche in Orten, wo höhere Truppenbehörden sich befinden, einige Sondereinrichtungen. Zunächst dient dort die Apotheke nicht bloss dem Bedarfe des Lazareths selbst, sondern zugleich der Versorgung der kleineren Garnisonlazarethe des Bezirks und der im Kriegsfall aufzustellenden Feldlazarethe, Sanitäts-Detachements u. s. w. und bedarf deshalb umfangreicherer Räumlichkeiten für Heil- und Verbandmittel, als die Apotheke eines gleichgrossen Civilkrankenhauses. Als Arzneibereitungsstätte dient auch die Militär-Apotheke in neuerer Zeit ebenso, wie die Civil-Apotheke, nur wenig, da die im Grosshandel käuflichen Mittel und Verbandstoffe von Handlungshäusern und Fabriken (§ 106, 4 der Friedens-Sanitäts-Ordnung) bezogen werden. Die Vorräthe bemessen sich in Deutschland für gewöhnlich auf einen vierteljährigen Friedensbedarf, abgesehen von etwaigen Kriegsvorräthen. Die amtlichen Bezeichnungen der Aufbewahrungsstellen der letzteren sind: „Sanitäts-Depot“ und „Festungslazareth-Depot“ (§ 99 und 105 der Friedens-Sanitäts-Ordnung).

Die Desinfectionsanstalt eines Garnisonlazareths hat häufig eine grössere Ausdehnung als die eines gleichgrossen Civilkrankenhauses, da

die Kasernen meist in Ermangelung derartiger Anstalten bezüglich der Desinfection auf das Garnisonlazareth (nach der preussischen Kriegs-Ministerial-Verfügung vom 25. Juni 1890) angewiesen sind. Bei dem Friedensheere handelt es sich neben der Desinfection im engeren Sinne oft um Vertilgung des Ungeziefers in Kleidern und Geräthen, das bei dem Wechsel der Mannschaft vielfach von aussen eingeschleppt wird und bei dem engen Zusammenleben der kasernirten oder in Massenquartieren untergebrachten Leute meist günstige Vermehrungsbedingungen vorfindet. Es ist deshalb bei jeder Desinfectionsanstalt ein kleiner Raum erwünscht, dessen Luft andauernd auf 60 bis 70° erwärmt werden kann. Auf diese Weise lassen sich ohne jede Beschädigung Kleider von Läusen, Lederstücke und Möbel von Würmern, Polster von Motten, Betten von Wanzen u. s. w. befreien; hierbei wird vorausgesetzt, dass die Einwirkung der trockenen, heissen Luft bei grösseren Stücken mindestens 24 Stunden anhält, und dass sich der schädliche Einfluss strahlender Wärme erhitzter Flächen ausschliessen lässt.

Besitzt die Garnison nur ein einziges Desinfectionszimmer, so befindet sich dieses zur Sicherung sachgemässen Betriebes zweckmässig im Garnisonlazareth, während sonst, wie Roth & Lex (Handbuch der Militärgesundheitspflege, I. Band, Berlin 1872, Seite 626) verlangen, in jeder grösseren Kaserne ein besonderen Desinfectionsraum bereitzustellen ist. Grössere Desinfections-Vorkehrungen, wie eine solche Th. Petruschky (Roth & Lex a. a. O.; Tafel I zu Seite 544; Sanitätsberichte über die Deutschen Heere im Kriege gegen Frankreich, 6. Band, Berlin 1886, Seite 58, Beilage 8 und Tafel 2) während des Krieges 1870/1 beim Zeughause zu Stettin in noch heute mustergiltiger Weise einrichtete, sind jedenfalls ausserhalb des Krankenhauses zu verweisen. Ueber eine neuere Garnison-Desinfectionsanstalt zu Thorn vergl. Behring, Bekämpfung der Infectionskrankheiten, hygienischer Theil (Leipzig 1894, Thieme), sowie „Statistischer Sanitätsbericht über die preussische Armee“, 1896. — Besitzt das Garnisonlazareth keine Desinfections-Vorrichtung, so werden städtische oder private Anstalten (nach der preussischen Kriegsministerial-Verfügung vom 4. Januar 1893) benutzt.

Anderer verhältnissmässig ausgedehnter Nebenräume bedürfen die grösseren Militärlazarethe zur Ausbildung der für den Kriegsfall in erheblicher Zahl einzustellenden Pflegmannschaft. Letztere erhält zum Theil Wohnung im Krankenhause selbst, und dieser Umstand führte zu dem Bestreben, das Garnisonlazareth zu einer Sanitäts-Kaserne zu erweitern. Einer solchen würde es in grösseren Garnisonen nicht an Belegmannschaft fehlen, wenn es möglich und zweckmässig wäre, das gesammte zur Krankenversorgung vorhandene Personal, nämlich Aerzte, Apotheker, Lazarethgehilfen, Verwaltungsbeamte, Krankenwärter, Krankenräuber an einer Stelle zu caserniren. Eine derartige Wohnanlage für Gesunde würde man jedoch nur in thunlicher Nähe des Lazareths, nicht aber in diesem selbst anlegen.

Erscheint schon die Unterbringung Lediger im Krankenhaus über das

von dem Betriebe unbedingt Gebotene unräthlich, so gilt dies noch mehr von Wohnungen Verheiratheter. Abgesehen von den erheblichen Raumbedürfnissen solcher Wohnungen und von den Unzuträglichkeiten, die beim Verkehre verschiedener Geschlechter in geschlossenen Anstalten trotz aller Aufsicht sich herauszustellen pflegen, gefährdet die grössere Empfänglichkeit der Kinder für manche Infectionskrankheiten die gesunde Mannschaft sowohl, als die Kranken des Lazareths selbst. Von den hiergegen zu ergreifenden Maassnahmen erscheint die eine, nämlich die Absperrung der Erkrankten innerhalb der Familie auch bei grossen Wohnungen schwierig, die andere, nämlich die zwangsweise Verlegung des kranken Kindes oder der ganzen betroffenen Familie in ein anderes Gebäude, sowohl unmenschlich, als auch in den meisten Fällen nicht rechtzeitig durchführbar. — In manchen Heeren ist man trotzdem freigebig mit überflüssigen Dienstwohnungen in Militär-Heilanstalten. So erhalten nach einer Oesterreichischen Vorschrift (Normen über Ubikationen vom 12. März 1874, § 108, Seite 48) der Chefarzt, ein Primärarzt, der Abtheilungskommandant, Rechnungsführer, Oekonomieoffizier, Secundärarzt jeder Abtheilung, der Apotheker und sogar der Seelsorger Lazarethwohnung.

In Deutschland beschränkt die Friedens-Sanitäts-Ordnung die Einrichtung von Dienstwohnungen nicht, schreibt aber solche für Verheirathete ebensowenig vor. Von ledigen Männern sind wachthabende Aerzte und das nöthige Pflegepersonal selbstredend im Krankenhause unterzubringen, desgleichen die Hausdiener, Maschinisten und Hülfspersonal. Von ledigen Frauen bedürfen die Köchinnen der Lazarethwohnung, auch steht solche, aber ohne Ausstattung, den Krankenpflegerinnen geistlicher Genossenschaften nach der Friedenssanitätsordnung (Absatz 3 d der Beilage 18 zu § 87, 3) zu. Die Wasch- und Flickfrauen erhalten — soweit sie nicht mit unteren Lazarethbeamten verheirathet sind — keine Wohnung. Familienmitglieder oberer Beamten und Rechnungsführer sind von Arbeiten gegen Bezahlung ausgeschlossen (§ 190, 3 und Anmerkung zu § 191, 2).

Das bei der Civilverwaltung hie und da übliche Verfahren, Neubauten reichlich mit dienstlichen Wohnungen auszustatten, um letztere später bei Bedarf zu kündigen und in Nutzräume umzubauen, erscheint beim Heere schon aus Gründen des Haushalts kaum angängig und wenigstens bei Lazarethanlagen auch kostspielig und unzweckmässig.

Besondere Unterrichtsräume für die Lazarethmannschaften sind in Deutschland bei den militärischen Krankenhäusern nicht vorgesehen. Es wird hierzu (§ 11 der Beilage 89 zu § 24, 1 des Anhangs zur Friedens-Sanitäts-Ordnung) auch in den Lazarethhilfsschulen am Sitze des Divisionskommandos eine grosse Krankenstube oder bei deren Ermangelung das Conferenz- oder das Aufnahmezimmer benutzt. Zur Ausstattung mit den nothwendigen Geräthen gehören Tische, Bänke und eine Wandtafel.

Von wissenschaftlichen Nebenräumen führte die Friedens-Sanitäts-Ordnung (§ 85 und Beilage 26, A, Vorbemerkung 11, I b, II b; C) nur



die hygienisch-chemische Untersuchungsstation an. Diese hat mit der Krankenversorgung unmittelbar wenig zu thun, doch liegen der chemischen Abtheilung dieser Station die Arzneimitteluntersuchungen ob. Die Harnuntersuchungen führt (§ 10, 1 des Anhangs) in der Regel der dienstthuende Militärapothecker aus. Die betreffenden Zimmer sind nur in den Garnisonlazarethen am Sitze des Sanitätsamts vorgesehen (§ 27 der Beilage 11 zu § 42, 5), sie erhalten Dampfableitungsvorrichtung und Wasserleitung mit Ausguss. — Dunkelzimmer, die man mehrfach vermisst hat, finden sich in Deutschland nicht vorgeschrieben. In kleinen Garnisonlazarethen dürften sie bei Bedarf unschwer zu improvisiren sein und werden bei grösseren Neubauten auf Antrag ebenso bewilligt werden, wie andere neuerdings nothwendig gewordene Räume zu physikalisch-diagnostischen Zwecken (z. B. zur Untersuchung mit Röntgen-Strahlen. und ferner zur maschinellen medico-mechanischen Behandlung (Apparato - Therapie). — Büchersäle sind in Deutschland bei Militärkrankenhäusern zwar nicht vorgesehen, jedoch zur Unterbringung der Büchereien für die Kranken (§ 124) und die Sanitätsoffiziere vorhanden. Von wissenschaftlichen militärärztlichen Bibliotheken wird nach dem I. Nachtrage zur Friedens-Sanitäts-Ordnung vom April 1896 (No. 41) je eine für den Corpsbezirk in der Regel im Garnisonlazareth am Sitze des Sanitätsamts errichtet.

#### i) Küche, Waschanstalt, Abfallbeseitigung.

Für Küche und Waschanstalt sieht die Friedens-Sanitäts-Ordnung (§ 8 der Beilage 11 zu § 42, 5) bei Lazarethen für mehr als 250 Betten ein besonderes Wirthschaftsgebäude vor. Dieses umfasst eine Stube für die Köchin, das Wäschedepot, die Desinfectionsanstalt, eine Flickstube, die für den Wirthschaftsbetrieb erforderlichen Maschinen, den Dampfentwickler (der „nach Umständen auch für die elektrische Beleuchtung nutzbar zu machen“ ist), und die nöthigen Nebengelasse. Etwas Besonderes gegenüber den entsprechenden Einrichtungen in anderen Krankenanstalten macht sich in dieser Hinsicht bei dem Garnisonlazareth nicht erforderlich.

Dasselbe gilt von der Abfallbeseitigung, für welche ein thunlicher Anschluss an die örtlichen Einrichtungen erstrebt wird. Jedoch schliesst die Friedens-Sanitäts-Ordnung (§ 19, 2 der Beilage 11) gemauerte Gruben zur Aufnahme der Latrinestoffe grundsätzlich aus. Das Nähere ergibt der Wortlaut der im letzten Abschnitte abgedruckten §§ 18 bis 20 der angezogenen Beilage. Noch vorhandene Gruben sind pneumatisch oder wenigstens desinficirt zu entleeren: als Geruch verbessernde Mittel werden (§ 3 der Beilage 34 zu § 140. 4 Eisenvitriol, Torfmüll, Holzkohlenpulver und Erde aufgeführt.

#### k) Hof, Garten, Einfriedigung.

Der Hof eines grösseren Militärlazareths diene bisweilen zur Einübung der als Krankenträger auszubildenden Mannschaften (was jedoch

nach den preussischen Kriegsministerial-Erlass vom 28. April 1869 (ersagt wurde), und im Kriegsfall zur Verladung der in das Feld mitzunehmenden Sanitätswagen. Der Lazarethhof wird deshalb verhältnissmässig umfangreicher, als bei einer gleichgrossen Civilanstalt hergestellt. Da jedoch weite Hofräume, auch wenn sie gepflastert sind, durch Staubbildung und Blendlicht den Bewohnern anstossender Gebäude lästig fallen, so beschränkt die Friedens-Sanitäts-Ordnung (§ 41, 1 der Beilage 11 zu § 42, 5) die Hofanlagen und namentlich gepflasterte Fahrwege auf das dringendste Bedürfniss. Alle nicht bebauten Flächen der Lazarethanlage sollen vielmehr parkartig eingerichtet werden, was ursprünglich die oben erwähnten Verwendungsweisen des Lazarethhofes eineswegs ausschliesst.

Dem Lazarethgarten wird in Deutschland durch die Friedenssanitäts-Ordnung (§§ 142, 3; 174; § 38, 6 und § 41, 3 bis 7 der Beilage 11) mehr Aufmerksamkeit geschenkt, als dies meist bei Civilanstalten üblich ist. Er soll nicht nur den Kranken zur Erholung dienen, sondern auch der Lazarethanlage ein freundliches Aussehen gewähren. Die von Kunstgärtnern entworfenen Anlagen sind deshalb bestimmungsgemäss schon nach Feststellung eines Lazarethentwurfs bzw. im Beginne des Neubaus zu bepflanzen, auch werden Hydranten zur artenbesprengung gewährt.

Der Garten des Militärlazareths selbst darf weder aus verfehlter Vorsicht zum Anbaue von Küchengewächsen ausgenützt werden, noch der Lazarethleitung als Privatgarten für die eigene Familie dienen. Ebenso wenig soll er einen Record der Kunstgärtnerei durch zarte Beetanlagen schaffen, deren Betreten man den Kranken aus Besorgniss vor Beschädigung verbietet. Vielmehr ist die Einrichtung vornehmlich darauf berechnet, Genesende und Leichtkranke zu einem dauernden Aufenthalt im Freien zu veranlassen. Hierzu haben sich in Deutschland einfache Spiele, insbesondere Kegel, als zweckentsprechend erwiesen. Ein Erlass (No. 401/2 M. A.) der Medicinal-Abtheilung des preussischen Kriegsministerium vom 5. Februar 1895 bezeichnet das Kegelspiel, Luftkegelspiel, Boccia u. s. w. als geeignet. Ferner dürfen Liegebänke nicht fehlen, und, wo die Bodengestaltung es gestattet, ist an der gewöhnlichen Gartenmauer ein Gitter oder eine gesenkte Umfassungswand vorzuziehen, welche, ohne die Aussicht zu beschränken, ein Entweichen hindert.

Bezüglich der Einfriedigung enthält die Deutsche Garnison-Geäudeordnung vom 19. December 1889 (1. Theil, § 39) das allgemein beachtenswerthe Verbot der „Vorrichtungen zum Zwecke der Verletzung beim unbefugten Uebersteigen.“ Derartige nicht selten bei Civilanstalten getroffene Vorkehrungen, wie spanische (friesische) Reiter, Selbstschüsse, Acheldrahtzäune, Fussangeln, Glasscherbenbesatz gewähren erfahrungsmässig gegen die Gewohnheitsverbrecher keinen Schutz und vermögen die erforderliche Bewachung nicht zu ersetzen.

## l) Bad.

Während die Badeeinrichtung an sich bei Militär- und Civilkrankenhäusern nichts Abweichendes zeigt, haben alle grösseren Heere besondere Militär-Badeanstalten für Kranke, denen im Civil keine derartigen Einrichtungen entsprechen. In Deutschland selbst giebt es zur Zeit solche Anstalten zu Wiesbaden und Landeck, ferner sind zwei dergleichen für das Deutsche Heer zu Teplitz in Böhmen eingerichtet. Die näheren Bestimmungen über Kurzeit und Zulassung, Verpflegung u. s. w. enthält die Beilage 4 zu § 17, 4 der Friedens-Sanitäts-Ordnung. Auch findet sich dort ein Verzeichniss von 27 anderweiten Badeorten, wo zur Aufnahme kranker Militärpersonen Fürsorge getroffen ist. An Stelle eines fehlenden Militärseebades, wie ein solches beispielsweise Belgien im „Institut balnéaire de l'armée“ zu Ostende, die Oesterreichisch-Ungarische Monarchie zu Balaton-Füred und Cirkvenica besitzt, treten Kurvergünstigungen ein.

Oesterreich-Ungarn unterhält eine andauernd offene Militärbadeheilanstalt in der Filiale des Wiener Garnisonsspital No. 2 zu Baden, während andere derartige, nur in der Badezeit eröffnete Anstalten zu Carlsbad, Schönau bei Teplitz in Böhmen, Herkulesbad bei Mehadia, Hof-Gastein, Pystian, Teplitz bei Trentschin, Topusko in Croatien, Töplitz in Krain und im Blocksbad zu Budapest sich befinden. In den drei erstgenannten Orten findet eine spitalmässige Verpflegung der Officiere und Mannschaften statt.

Da mehrere Seemächte in ihren auswärtigen Ansiedlungen klimatische Militärkurorte eingerichtet haben, so schlug man solche auch für Deutschland vor. Bei dem Deutschen Landheere im Inlande kommt als klimatologisch zu behandelnde Krankheit vorwiegend die Lungenschwindsucht in Frage. Es verdient in dieser Hinsicht Beachtung, dass Deutschland mit seinem Südwestafrikanischen Gebiete ein an Warmquellen reiches Hochland erworben hat, das — soweit man aus den bisherigen Wahrnehmungen und aus dem Vergleiche mit dem ähnlich beschaffenen Transvaal (Emil Holub, No. 336 des 30. Jahrganges des „Neuen Wiener Tageblattes“ vom 6. December 1896) schliessen darf. — den zur Bekämpfung der Schwindsucht günstigsten Gegenden der Erde beigezählt werden muss. Ein Versuch in dieser Richtung könnte seitens des Landheeres zuvörderst für Officiere in nächster Zukunft vielleicht in Frage kommen (Reichs-Medicinal-Anzeiger, 1897, No. 16—18).

## m) Irrenanstalt; Siechenhaus.

Für ein grösseres Irrenhaus liegt im Heere ebensowenig Bedürfniss vor, wie für ein Siechenhaus, da chronisch Kranke verabschiedet werden. Es handelt sich demnach bei der Irrenabtheilung eines Garnison-Lazareths nur um eine zeitweise Unterbringung Geisteskranker, die gegenüber den entsprechenden Einrichtungen anderer Krankenhäuser nichts Abweichendes bietet. Im Falle des Verdachts einer Krankheitser-

ütung schreibt die Friedens-Sanitäts-Ordnung (§ 131, 1 c) zur Meidung n Fehlgriffen bei der Diagnose die Ueberführung in eine Irrenheilanstalt ebenso vor, wie dann, wenn der Zustand des Kranken gemeinlich erscheint oder die Besorgniss einer Beeinträchtigung des Heilfahrens durch Verzögerung der Abgabe in eine solche Anstalt in age kommt.

Den Siechenanstalten des Civils entsprechen beim Heere die validenhäuser. Solche besitzt Deutschland dermalen zu Berlin, Olp, Carlshafen, Benediktbeuern und Comburg. Nach dem Gesetze betreffend die Pensionirung u. s. w. des Reichsheeres vom 27. Juni 1871 (§ 64 u. 78) sollen vorzugsweise solche Unterofficiere und Soldaten genommen werden, welche besonderer Pflege und Wartung bedürfen. Die Unterbringung hört grundsätzlich auf, sobald die Verhältnisse des validen „ihn dazu nicht mehr geeignet erscheinen lassen“. Auch wird Preussen ein Theil der Invaliden aus der Anstalt dauernd in die Invalidenanstalt beurlaubt. Zur Aufnahme gelangen nur Ganzinvaliden mit Anspruch auf die Pension I. Klasse, vornehmlich Erblindete und Vermittelte. Auch werden deren Familien aufgenommen; ferner vorzugsweise hilfsbedürftige Officiere. In Bezug auf die Verwaltungsangelegenheiten kommen nicht die für die Lazarethe, sondern die für die Truppen bestimmten Vorschriften im Allgemeinen zur Anwendung, auch ressortiren diese Anstalten nicht vom Sanitätsamte, sondern vom Generalkommando des Bezirks. Die Unterbringung geschieht casernenmässig; bei Aufnahme in die Lazarethverpflegung werden die Mannschaften der Invalidenanstalten wie die des activen Heeres behandelt.

Aehnlich wie in Deutschland sind die Oesterreichischen Invalidenhäuser zu Wien, Pettau, Prag (mit Zweiganstalten zu Brandeis, diebrad, Pardubitz) und zu Pest (mit Tyrnau, Leopoldstedt, Eibenbütt) eingerichtet. Sie sind für Realinvaliden bestimmt und verpflegen ebenfalls Familien.

Einen anderen Charakter tragen die lediglich für Männer bestimmten französischen und Englischen Invalidenhäuser zu Paris (hôtel des invalides), London (Chelsea-Hospital), Dublin (royal hospital Kilmainham) u. s. w. — Russland besitzt Invalidencolonien für die Garde zu Sankt Petersburg und zu Zarskoje-Selo.

Die Invalidenanstalten zeigten als Zwitterwesen zwischen Casernen und Siechenhäusern fast nirgends befriedigende Ergebnisse und nur die gebrachte Ueberlieferung bewahrte sie bisher vor der Aufhebung, obwohl sie seit Einführung der Pensionen nicht mehr ganz nothwendig erscheinen. Ein nordamerikanischer Bericht über diesen Gegenstand von W. Evans verwirft die Invalidenhäuser gänzlich. Martin Kirchner (Uebersicht der Militär-Gesundheitspflege, Braunschweig 1896, Seite 920) ist der Beschäftigung mit ländlichen Arbeiten bei dem Invalidenhaus der Holländisch-Ostindischen Truppen zu Brombeck bei Arnheim lobend vor.

## n) Geneshaus; Seuchenhaus.

Besondere Reconvalescentenwohnstuben fanden in Militärlazarethen wegen des dadurch entstehenden grösseren Zusammendrängens der Schwerkranken und aus anderen Gründen keinen allgemeinen Eingang. Dagegen bewährten sich Räume, wo Genesende tagsüber, soweit die Witterung den Aufenthalt im Freien verbietet, stundenweise verweilen. Es gestaltet sich dabei — abgesehen von dem günstigen Eindrücke des Aufenthaltwechsels auf den Genesenden oder Leichtkranken selbst — das Verhältniss des Luftraums für die zurückbleibenden Schwerkranken günstiger und die Ruhe des Krankenzimmers wird besser gewahrt, insbesondere wenn man die Mahlzeiten in den Genesräumen verabreicht. Die Friedens-Sanitäts-Ordnung (§ 5, 4 der Beilage 11 zu § 42, 5) verlangt für je zwei Krankensäle bei zweistöckigen Pavillons „in der Regel einen „Tageraum“ als Aufenthalt für Kranke und Genesende, auch finden sich (§ 121, 4 und Absatz 3 der Vorbemerkungen zur Beilage 36) besonders auszustattende „Reconvalescentenstuben“ erwähnt.

Ebenso bewährten sich die neuerdings in Aufnahme kommenden, entfernt von dem Krankenhause als Zweiganstalten (Filiallazareth) an geeigneten Stellen im freien Lande oder im Gebirge errichteten Geneshäuser, deren die Friedens-Sanitäts-Ordnung noch keine Erwähnung thut. Weder Ausstattung noch Verwaltung dieser Einrichtung bieten eine erwähnenswerthe Besonderheit; nur pflegt beim Heere die Auswahl der zur Uebergabe an das Geneshaus geeigneten Kranken nicht dieselben Schwierigkeiten zu bereiten, wie bei Civilkrankenhäusern, wo bisher oft ein guter Theil des Nutzens, den ein vorhandenes Geneshaus versprach, durch die Unthunlichkeit, geeignete Kranke zu dessen Benutzung zu bewegen, verloren ging.

Das Seuchenhaus soll als besonderes Seuchenzazareth nach der Friedens-Sanitäts-Ordnung (§ 152, 4) stets beim epidemischen Auftreten der Cholera, der Pocken und des Flecktyphus errichtet werden. Es ist dabei die Verwendung von Baracken (Seite 265 dieses Bandes) in Erwägung zu nehmen, während die Unterbringung von Cholerakranken in Zelten lediglich für den ersten Krankenzugang und nur insoweit, als Jahreszeit und Witterung es gestatten, auch geeignete Unterkunftsräume fehlen, in Betracht kommt. Jedenfalls bedarf es besonderer Vorkehrungen, damit der Zeltboden nicht mit Choleraentleerungen verunreinigt werde. — Die Lage des Seuchenzazareths soll selbstredend von der Kaserne abgesondert sein, doch darf insbesondere ein Cholerazazareth nicht zu entfernt liegen, da nach den Erfahrungen der Hamburger Epidemie vom Jahre 1892 die Beförderung Cholerakranker deren Sterblichkeit erheblich erhöht.

Grössere Seuchenzazarethe erhalten eigenen Wirthschaftsbetrieb, kleinere wenigstens eigene Badeanstalt und Waschküche, besonderen Desinfectionsraum und abgetrennte Leichenkammer. Die kommandirten Sanitätsofficiere legen einen besonderen Anzug an (vgl. auch Krank-

kleidung, Seite 275 dieses Bandes). In sonstiger Hinsicht kommt bei militärischen Seuchenhäusern nicht nur die Krankenpflege, als auch die Gesundheitspflege in Frage, auch sind die entsprechenden Maassnahmen dieselben, wie in civilen Verhältnissen (vgl. Abschnitt 1, 1 der II. Abtheilung des ersten Bandes, Seite 183 ff.).

Bisweilen verlegt man bei ausbrechenden Seuchen die gesunde Mannschaft einer inficirten Garnison in ein nahe gelegenes, leerstehendes Lager eines Schiessplatzes. Eine solche Maassnahme kann auch in Heeren mit Malariagarnisonen zur Erwägung kommen, falls ein Lager in der Nähe in einer wechselfieberfreien Gegend verfügbar ist.

#### o) Ortslazareth; Schiessplatzkrankenhaus.

Das früher Cantonnementslazareth genannte Ortslazareth wird nach der Friedens-Sanitäts-Ordnung (§ 21, 2) nur ausnahmsweise für die grossen Truppenübungen dort errichtet, wo keine Garnisonlazarethe oder Civilkrankenhäuser zur Aufnahme der voraussichtlich zuwachsenden Schwerkranken verfügbar sind. Die Grösse berechnet sich auf etwa 1 pCt. der Truppenstärke. Sind öffentliche Gebäude nicht verfügbar, so sollen Privatgebäude ermiethet werden (§ 46, 3), sonst kommen Zelte und transportable Baracken (siehe Seite 265 dieses Bandes), im äussersten Falle die Noth- oder Zeltbaracke der Kriegs-Sanitäts-Ordnung in Frage. Die Ausstattung (§ 175, 5) geschieht leihweise mit Gegenständen aus Garnisonlazareth, den Festungslazarethdepots (Seite 265 dieses Bandes) oder aus den Beständen der Corpsintendantur. Ankauf findet nur ausnahmsweise statt. —

Wiederholt schlug man vor, an Stelle der Ortslazarethe bei den grossen Truppenübungen Feldlazarethe zu verwenden. Da jedoch in Deutschland für letztere keine Friedensstämme vorhanden sind, so würden durch eine solche Maassnahme unverhältnissmässig hohe Kosten veranlasst. Für die Kranken erwüchse dabei kein nennenswerther Vortheil gegenüber den bisherigen Verfahren, und der Nutzen für die kriegsmässige Ausbildung der Sanitätstruppe erscheint bei der Menge der im Mobilmachungsfalle aufzustellenden Feldlazarethe und der bei beschränkter Zahl der nöthigen Ortslazarethe verschwindend gering.

Auf den Artillerieschiessplätzen gestattet die Friedens-Sanitäts-Ordnung (§ 47) nur Barackenlazarethe, die aber den Anforderungen an Garnisonlazarethe entsprechen müssen, da sie wiederholt und für längere Zeit, selbst bis in die ungünstige Jahreszeit hinein, mit Kranken belegbar eingerichtet werden sollen. Bei dem hohen Bodenwerthe der besseren Ländereien sucht man in allen Staaten für die Schiessplätze und die Friedenslager vorwiegend solche ebene Gelände aus, welche wegen Trockenheit oder Eisengehalt des Bodens oder aus sonstigem Grunde unfruchtbar oder nur mit minderwerthigem Walde bewachsen sind. Es fehlt deshalb in der Nähe des Schiessplatzes meist eine grössere Garnison, in die man Kranke oder Verletzte bequem abgeben kann. Die Schiesszeit dauert in Deutschland vom Mai bis August, auch werden

die Schiessplätze seit Einführung des weit tragenden Gewehres in der Regel von der Infanterie mit benutzt. Es erscheint deshalb sehr wahrscheinlich, dass das Schiessplatzlazareth, welches insbesondere auch für die Unterbringung schwerer chirurgischer Fälle ausgestattet werden muss, gänzlich nach Art der stabilen Lazarethe eingerichtet werden und ein für jede Schiessperiode ständiges ärztliches und pflegerisches Personal erhalten wird. Damit fällt der für die Krankenpflege nicht sehr günstige Wechsel aller Aerzte und Wärter hinweg, der sonst bei dem Eintreffen jedes neuen Truppentheils auf dem Schiessplatze eintritt und sich im Laufe des Sommers bisweilen öfter wiederholt.

#### p) Festungslazareth.

Heilmittel- und Gerätevorräthe der Festungskrankenhäuser sind in den Sanitätsbestimmungen der Heere eingehend vorgesehen und auch die Friedens-Sanitäts-Ordnung (§ 105; 115, 3; 185, 3; 189, 3; 273, 4 und Beilage 65; 280; 301, 2; 310) enthält darüber Vorschriften. Diese betreffen aber vorwiegend Verwaltungssachen. Ueber den Bau u. s. w. solcher Lazarethe findet sich nur erwähnt (§ 43, 1 der Beilage 11 zu § 42, 5), dass hinsichtlich der feuer- bzw. bombensicheren Einrichtung in jedem Falle besondere Bestimmungen getroffen werden, und (ebenda § 1,5), dass in Festungen die allgemein vorgeschriebenen Durchschnittsgrößen des Bauplatzes nicht immer eingehalten werden können.

Die Festungslazarethe waren entweder in gegenüber den damaligen Belagerungsgeschützen an sich schusssicheren Räumen untergebracht oder wenigstens mit starken Balken oder festen Gewölben versehen, auf die man im Belagerungsfalle Erde oder Sand aufschüttete und so eine Bombensicherheit erzielte, „ohne das Lazareth“, wie § 59 der Beilage F des Reglements für die Preussischen Friedenslazarethe vom 5. Juli 1852 vorschrieb, „räumen zu müssen“.

Die Vervollkommnung der neueren Geschütze stellt die Schussicherheit solcher Baulichkeiten in Frage und verlangt fest gewölbte, auch seitlich mit Erdanschüttung versehene, fast fensterlose Räume. In diesen lässt sich der nöthige Luftraum von 37 cbm für jedes Bett, welchen die Friedens-Sanitäts-Ordnung (§ 13, 1 der Beilage 11 zu § 42, 5 vorschreibt, nur mit erheblichen Kosten und ausnahmsweise beschaffen. Ebenso wenig kann man in derartigen Kellerräumen hinreichende Lüftung und Erwärmung erzielen. Sie dienen daher nur zur vorübergehenden oder nothgedrungenen Krankenunterbringung, während das Festungslazareth selbst im Sinne des Genfer Vertrages vom 22. August 1864 nebst Zusatzartikeln vom 20. October 1868 (worin aber leider derartiger Lazarethe keine Erwähnung geschieht), unbefestigt, wie ein gewöhnliches Krankenhaus, erbaut wird. Es bedarf, um als solches der feindlichen Artillerie kenntlich zu sein, einer freien, womöglich erhöhten Lage. Als (eigentlich selbstverständliche) Forderung der Gesundheitspflege erscheint es, dass vorhandene bombensichere Lazarethräume im Frieden nicht zur Unterbringung von Kranken zu benutzen sind.

#### q) Krankenkost.

Die Eigenthümlichkeit der Heeresverwaltung macht für alle Garnison-lazarethe die Schematisirung der Beköstigung für die Kranken erforderlich. Um aber gleichzeitig der wünschenswerthen Mannigfaltigkeit der Ernährung, insbesondere der Genesenden und der Kranken mit äusseren Leiden, Rechnung zu tragen, werden umfangreiche Bestimmungen nöthig, wie aus der am Ende der Arbeit abgedruckten Beilage 14 zu § 84, 1 der Friedens-Sanitäts-Ordnung zu ersehen ist. Aus diesen Tabellen und den „Erläuterungen zu den Beköstigungsvorschriften“ ergibt sich, dass in Deutschland die Krankenköstigung des Heeres zur Zeit in Bezug auf Menge und Abwechslung nicht nur den Anforderungen der Krankenpflege vollkommen genügt, sondern auch den örtlichen Gewohnheiten, religiösen Vorschriften und eigenartigen Verhältnissen Rechnung zu tragen sucht. Um Willkürlichkeiten der Verwaltung zu begegnen, sind die Stunden der gewöhnlichen Mahlzeiten festgesetzt, während die Zeit der aussergewöhnlichen Beköstigung dem Chefarzte überlassen bleibt (§ 203, 3).

Ein Zusammenstellen des Nährwerthes hat, falls sie nicht die erheblich zahlreichen Einzelheiten sämmtlich berücksichtigt, wenig Zweck. Im Allgemeinen entspricht die militärische Krankenkost auch in dieser Hinsicht den an die Krankendiät dermalen gestellten Anforderungen (vergleiche Abschnitt III des ersten Bandes. Wie Immanuel Munk im Handbuch der Hygiene von Weyl hervorhebt, besitzt die theoretische Nährwerthbestimmung Fehlerquellen, insofern Nährwerthtabellen nur aus dem Speiseregulative und aus dem summarischen Verbrauche von Rohstoffen berechnet werden. Ausserdem ist die physiologische Chemie noch keineswegs soweit, allenthalben den Werth eines Nahrungsmittels für die Ernährung auf Grund der Analyse und des Thierversuchs ziffermässig genau bestimmen zu können. Hierzu kommen individuelle Einflüsse und bei manchen Völkern auch die geistlichen Vorschriften. Letztere berücksichtigt u. A. ein im letzten Abschnitt dieses Bandes auszugsweise wiedergegebener Runderlass des deutschen Gouverneurs von Dar-es-Salam über das dortige Sewa Hadji-Hospital, vom 2. Januar 1897, bezüglich der Juden, Araber, Goanesen u. s. w. (Deutsches Kolonialblatt, 1897. No. 6).

Die Krankenköstigungsvorschriften fremder Heere sind meist complicirter, als die deutschen Bestimmungen. So macht Russland neben den drei Hauptdiätformen (mit mehreren Unterarten) einen Unterschied zwischen Fleisch- und Fasten-Speisen, Frankreich hat sieben, England sogar neun Beköstigungsweisen.

#### r) Krankenkleidung.

Da in allen geordneten Heeren die Kleidung der Soldaten geliefert wird, so beschafft auch die militärische Krankenhausverwaltung den gesamten Anzug der zur kostenfreien Aufnahme Berechtigten. In den



meisten Ländern werden dem Kranken die bei seiner Einlieferung mitgebrachten Kleider abgenommen und der Reinigung unterworfen. Der dafür gelieferte Lazarethanzug ist in den verschiedenen Staaten nach Klima und Jahreszeit verschieden, auch trägt er dem volksthümlichen Bedürfnisse hie und da Rechnung, wie beispielsweise die französische Nachtmütze. Die Deutsche Krankenkleidung wird aus dem im letzten Abschnitte dieser Abtheilung abgedruckten Wäsche- und Kleidungsstücke-Verzeichnisse (A, 1 bis 31) aus der Beilage 36 zu § 175, 1 der Friedens-Sanitäts-Ordnung ersichtlich. Von den einzelnen Ausrüstungsstücken beschreibt letztere nur den Pantoffel (Beilage 37, A 2; die übrigen finden sich in der auszugsweise wiedergegebenen Beilage 4 zur „Dienstanweisung für die Corps-Bekleidungsämter“ näher beschrieben. Die Berechnung des Bedarfs an Wäsche, die Beschaffungs- und Behandlungsweise, die Reinigung der Krankenwäsche bietet ebensowenig, wie der Anzug der Wärter und Aerzte Besonderheiten gegenüber den Verhältnissen in grösseren Civilkrankenhäusern (Abschnitt III des ersten Bandes). Dasselbe gilt von den allgemeinen gesundheitlichen Anforderungen, wie Bequemlichkeit, genügenden Schutz vor Erkältung, heller Farbe.

#### s) Leitung.

Betreffs der Leitung unterscheidet sich das militärische Krankenhaus von der Mehrzahl der Civilkrankenanstalten dadurch, dass es unter dem Befehle eines Arztes steht. In Deutschland wurde dies durch die weiter unten wiedergegebenen „Bestimmungen, betreffend die Einführung von Chefärzten in die Friedenslazarethe“ seit 24. October 1872 angeordnet. Die Bedenken, welche man gegen eine solche Einrichtung geltend machte, bestanden hauptsächlich in der Befürchtung, dass der Arzt entweder einerseits nicht das nöthige Verständniss und den erforderlichen Eifer für die Aufgabe und die anhaltende Durchführung der Verwaltung zeigen oder andernfalls durch letztere vom wissenschaftlichen Streben abgelenkt und in seinen ärztlichen Leistungen beeinträchtigt werden möchte. So hob C. H. Esse hervor, dass tüchtige Aerzte nur äusserst selten brauchbare Verwaltungsbeamte seien. Die in dem seither verflossenen Vierteljahrhundert gemachten Erfahrungen erwiesen die Befürchtungen in Deutschland als unbegründet. Wenn in anderen Staaten sich ähnliche Maassnahmen wenig bewährten und beispielsweise in Spanien die Chefärzte als Verwaltungsleiter wieder abgeschafft worden sind, so erklärt sich dies daraus, dass zwei Bedingungen zum Gedeihen einer solchen Einrichtung erfüllt sein müssen, nämlich erstens das Vorhandensein eines zuverlässigen Unterpersonals der Verwaltung und zweitens eine entsprechende Ausbildung des Arztes selbst. Letztere erfolgt in Deutschland hauptsächlich durch den der Einstellung als Militärarzt ausnahmslos vorhergehenden, mindestens halbjährigen Waffendienst und durch die vor der Ernennung zum Sanitätsoffizier stattfindende Unterweisung. Ein Erlass (No. 675/4, 95 M. A.) der Medicinalabtheilung des

Preussischen Kriegsministeriums verfügt ausserdem eine besondere Ausbildung jüngerer Sanitätsoffiziere zur Leitung eines Garnisonlazareths. — Jedoch bereits unmittelbar nach Einführung der Chefärzte im Jahre 1872, wo eine derartige Vorbildung noch nicht vorhanden war (der Waffendienst der Aerzte wurde in Deutschland erst nachträglich durch die Verordnung über die Organisation des Sanitätscorps vom 6. Februar 1873 eingeführt), zeigte sich die ärztliche Lazarethleitung erheblich besser, als die frühere commissarische mit einem militärischen Mitgliede oder einem Lazarethcommandanten. Um letztere, für tüchtige und strebsame Offiziere ausichtslosen Stellen fand in der Regel keine freiwillige Bewerbung statt. Dieser Umstand und die Unzweckmässigkeit einer commissarischen Befehlshührung im Heere lässt die commissarische bezw. militärische Krankenanstaltsleitung fast ebenso unräthlich erscheinen, wie die in manchen Staaten durchgeführte Unterstellung der Friedens-Militärlazarethe unter die Verwaltung. Letztere führte dort, wo sie durchgeführt war, zu Klagen, insbesondere hinsichtlich der gesundheitlichen Verhältnisse. I. C. Chenu führt davon aus Erfahrungen im Französischen Heere beachtenswerthe Beispiele an. Dort hatten die Aerzte zwar volle Freiheit in der Krankenbehandlung, sie durften aber weder die Belegzahl der Zimmer, noch sonstige von der Verwaltung getroffene, die gesundheitlichen Verhältnisse betreffende Anordnungen beeinflussen.

Die Obliegenheiten des Chefarztes bestimmt für Deutschland der im § 59 der Friedens-Sanitäts-Ordnung. Die bis 1872 zur Leitung der Preussischen Garnisonlazarethe eingesetzten Lazarethcommissionen bestehen seitdem in Deutschland nur in solchen Garnisonen weiter, wohin kein activer, beurlaubter oder reactivirter Sanitätsoffizier als Chefarzt berufen werden kann.

Zur gedeihlichen Wirksamkeit des Chefarztes eines grösseren Krankenhauses erscheint die Befreiung vom Stationsdienste eines ordinirenden Arztes unerlässlich. An der Vernachlässigung dieses Umstandes scheiterte die ärztliche Leitung mancher Civillazarethe und Irrenanstalten. Die Friedens-Sanitäts-Ordnung bestimmt deshalb (§ 74, 3), dass in der Regel der Chefarzt eines Lazareths von 100 oder mehr Kranken keine Station übernehmen. Er ist (§ 57, 1) möglichst lange in seiner Stellung zu belassen.

#### t) Verwaltung.

Der in allen grösseren Staaten aus nahe liegenden Gründen bis ins Einzelne geregelte Verwaltungsbetrieb der militärischen Friedenslazarethe hat für nicht fachmännische Kreise wenig Bedeutung. Eine ins Einzelne gehende Darstellung würde ohne gleichzeitige Schilderung der allgemeinen Organisation der Heerverwaltung theilweise unverständlich bleiben. Neben der eigenen Verwaltung hat das Garnisonlazareth noch diejenige der bei ihm niedergelegten Friedens- und Kriegsbestände, deren Aufsicht ebenso, wie das in Deutschland nach den Grundsätzen der doppelten Buchführung eingerichtete Rechnungswesen hierzu ausgebildete Beam-

und Hilfskräfte erfordert, deren Stellung und Einkommensverhältnisse der 5. und 6. Abschnitt des Anhangs zur Friedens-Sanitäts-Ordnung vorschreiben. Der Chefarzt ist genöthigt, sich mit dem Verwaltungsbetrieb vertraut zu machen, nicht nur, um sich den für eine gedeihliche Krankenversorgung und für den gesundheitlichen Zustand des gesamten Krankenhauses erforderlichen sachlichen Einfluss zu sichern, sondern auch, weil der Lazarethleiter als Kassenvorstand für etwaige Fehlbeträge oder Hinterziehungen, wie die in ähnlichen Stellungen befindlichen Officiere, mit seinem Vermögen haftet.

Von der Verwaltung der Civilheilanstalten unterscheidet sich die der Militärlazarethe durch einen gewissen Ueberfluss an Arbeitskräften. Dieser wird dadurch bedingt, dass alle Einrichtungen eines auf die allgemeine Wehrpflicht begründeten Heeres neben ihrer Aufgabe im Frieden gleichzeitig als Schule für den Krieg dienen. Es hilft dies über manche Schwierigkeiten hinweg, mit denen civile Krankenanstalten zu kämpfen haben.

Die Verwaltung zerfällt in die Vertheilung des ärztlichen Dienstes, die Krankenwartung, die sogenannte Oekonomie (Beschaffung des täglichen Bedarfes und Betrieb von Küche, Wäscherei, Heizung, Beleuchtung, die Besorgung der Apotheke, die Buch- und Listen-Führung. Die Einzelheiten dieser Verwaltungszweige unterscheiden sich nicht wesentlich von den entsprechenden in Civilanstalten. Eigenthümlich ist dem Deutschen Militärlazarethe das Verhältniss des Wartepersonals, das aus Lazareth-Gehilfen, Militär-Krankenwärtern, Hülfswärtern, Civil-Krankenwärtern, Ordensschwestern und freiwilligen Pflegerinnen besteht. In einzelnen Staaten ist eine Sanitäts-Truppe vorhanden, die unmittelbar ausgehoben, gleichmässig unterwiesen und von einer einzigen Stelle aus verwandt wird, wie dies früher auch in Bayern, Sachsen, Württemberg und Baden sich bewährte.

Die Heranziehung weiblicher Kräfte für die Krankenwartung, die Besorgung der Wäsche und Küche, und die Annahme von Civilarbeitern als Hausknechte zu allerlei niederen Dienstleistungen ist für viele Verhältnisse sehr erwünscht. Zur Sicherung von Köchen für die Feldlazarethe sind besondere Maassnahmen in den Friedenslazarethen erforderlich.

Zur Aufrechterhaltung der in einem Militärlazarethe nöthigen Ordnung besitzt der Chefarzt Strafgewalt, deren Begrenzung in Deutschland entsprechend der Verschiedenheit des unterstellten Personals mannigfach ist, und die sich im Frieden nicht auf die Kranken erstreckt. Letztere Einschränkung wurde mehrfach bemängelt, bewährte sich aber, und erscheint aus nahe liegenden Gründen zweckmässiger, als wenn beispielsweise die in Spanien zum Ausgleiche angenommene Enthebung des Chefarztes von der Verwaltung statt hätte.

#### u) Aufsicht.

Die Garnisonlazarethe unterliegen, wie alle militärischen Anstalten, der Aufsicht durch die örtlichen militärischen Vorgesetzten, insbesondere die Commandantur. In Deutschland giebt bezüglich der Gebäude die Garnison-Bau-Ordnung einschlägige Vorschriften; etwaige Uebelstände kommen, soweit sie nicht eine besondere Meldung erheischen, in dem jährlichen Garnisonberichte des Lazareths (§ 169, 2 der Friedens-Sanitäts-Ordnung) zur Sprache. Die unmittelbar dem Chefarzte vorgesetzten Militärärzte üben keinen Einfluss auf die Lazarethverwaltung aus, sondern berichten lediglich über Wahrnehmungen betreffs des Krankendienstes an das Sanitätsamt. Seitens des letzteren wird das Lazareth ebenso, wie Seitens der Intendantur, alljährlich besichtigt. Ressortmässige Revisionen finden ferner hinsichtlich der Apotheke alle zwei Jahre, ferner hinsichtlich der Kassenführung, des baulichen Zustandes u. s. w. statt. An den Besichtigungen darf sich der Kommandant (Garnisonälteste) theiligen, auch sind diesem die betreffenden Verhandlungen zur Einsicht vorzulegen. — Die Centralbehörde für sämtliche Garnisonlazarethe bildet nach § 48 der Friedens-Sanitäts-Ordnung das Kriegsministerium, insbesondere dessen Medicinal-Abtheilung, während im Verbande des Armee-Corps (§ 50, 1) das Sanitätsamt und die Corps-Intendantur die Provinzial-Behörden des Garnisonlazareths hinsichtlich der Verwaltung sind.

#### v) Bau-Entwurf.

Der Bau-Entwurf des Militärlazareths unterscheidet sich bezüglich der Berücksichtigung der gesundheitlichen Forderungen nicht von dem einer civilen Heilanstalt. Nur hat er meist weniger gegen die stilistischen Ansichten des Baukünstlers anzukämpfen, die häufig im Widerstreite mit den ärztlichen Anforderungen an ein Krankenhaus stehen. Einem einseitigen Schematismus beugt die Deutsche Friedens-Sanitäts-Ordnung durch § 42, 5 und dadurch vor, dass sie in der zugehörigen Beilage 11 nur „Allgemeine Grundsätze für den Neubau“, keineswegs aber, wie in Beilage 11 a bezüglich der Baracken, fertige Entwürfe giebt. Bezüglich der Einzelheiten des militärischen Lazarethbauprogramms kann hier auf das Fachschriftthum verwiesen werden. Helbig stellte Bauprogramme für Militär-Hospitäler von 25, 250 und 2500 Betten vergleichsweise zusammen. Für Entwürfe kleinerer Militärlazarethe bietet das „Posthospital“ der Vereinigte-Staaten-Armee (Circular No. 2, Approved plans and specifications etc. vom 27. Juli 1871) ein noch heute beachtenswerthes Vorbild.

#### F. Krankenberichte.

Zur Aufsicht über die Geldverrechnung und zur Erlangung einer Uebersicht über die Krankbewegung sind in allen Heeren an festge-

setzten Tagen einlaufende Krankenberichte nach bestimmtem Vordrucke eingeführt, abgesehen von den bei einzelnen Unfällen, oder bei Massenerkrankung nöthigen Meldungen. Für Sanitätszwecke handelt es sich dabei um genaue Aufzeichnung und Feststellung der Krankheiten und Todesursachen durch die Truppenärzte und Krankenhäuser nach einer möglichst gleichartigen Berechnungsweise, sowie um die Zusammenfassung, Sichtung und Verwerthung des so erhaltenen Stoffes. Letztere erfolgt zunächst für Verwaltungszwecke im weiteren Sinne einschliesslich der zu ergreifenden gesundheitlichen Maassnahmen. Rein wissenschaftliche Zwecke und die Veröffentlichung der Ergebnisse kommen beim Heere erst in zweiter Reihe in Frage. — In Deutschland ist die ärztliche Berichterstattung im Frieden von der für den Krieg wesentlich verschieden, so dass beide nur wenig Gemeinsames haben. Ueber erstere giebt die seit dem Erlasse der Friedens-Sanitäts-Ordnung mehrfach abgeänderte: „Anweisung zur regelmässigen, ärztlichen Rapport- und Berichterstattung“ als Beilage 10 zu § 33, 1 eingehende Vorschriften. Die Einzelheiten haben ausserhalb der engeren Fachkreise keine allgemeine Wichtigkeit.

Es sei daher in Kürze nur Folgendes bemerkt. Die grundlegende Berichterstattung erfolgt monatlich, die Erkrankungen werden in vierzehn Gruppen (1. allgemeine, 2. Nerven, 3. Athmungsorgane, 4. Kreislauf, 5. Ernährungsorgane, 6. Harn- und Geschlechtsorgane, 7. Venerie, 8. Augen, 9. Ohren, 10. äussere Bedeckungen, 11. Bewegungsorgane, 12. Verletzungen, 13. Sonstiges, 14. zur Beobachtung) zusammengefasst.

Die monatlichen Krankenberichte werden in einem Jahreskrankenrapport nach demselben Schema zusammengestellt. Da dieser für die einzelnen Truppentheile von geringerem Werth ist und erhebliche Schreibarbeit veranlasst, so regte man wohl mit Recht an, die Jahreszusammenstellungen nur bei den Lazarethen und an höheren Stellen vorzunehmen. Die Jahreskrankenberichte in Deutschland erstreckten sich nicht auf das Kalenderjahr, sondern auf das Etatsjahr vom 1. April bis 31. März, was Vergleiche mit den entsprechenden Berichten anderer Heere erschwert, beziehungsweise ausschliesst. Seit 1. October 1896 wurde für die ärztlichen Berichte an Stelle des Etatsjahrs ein „Rapportjahr“ vom 1. October bis 30. September (vergl. unten S. 287 und 288) eingeführt.

Ausser den erwähnten Krankenberichten laufen für das Sanitätsamt, das Commando und die Verwaltung tägliche bzw. zehntägige Berichte (Beilage 24 zu § 91, 1 der Friedens-Sanitäts-Ordnung) ein, auch fertigen die Lazarethe mit Stationsbehandlung nach den Krankenlisten (Beilage 22 zu § 89, 4) je einen Jahresbericht über jede einzelne Station aus.

Die Unterlagen für diese regelmässige Berichterstattung bilden die bei den Truppen und in den Lazarethen nach vorgeschriebenen Mustern geführten Krankenlisten, ferner die Zählkarten für Invalide und das über jeden Lazarethkranken nach dem Vordrucke in Beilage 23 zu

§ 90, 1 der Friedens-Sanitäts-Ordnung angelegte Krankenblatt. Der Inhalt des letzteren darf mit Genehmigung des Sanitätsamts bei wissenschaftlichen Veröffentlichungen, jedoch nur unter Weglassung des Namens des Erkrankten, benutzt werden. Die bei Bedarf anzufertigende Fiebertafel (Anlage zu der angezogenen Beilage 23) unterscheidet sich kaum von den in klinischen Civilkrankenhäusern benutzten Temperaturtabellen.

Die Krankenberichterstattung des Friedensheeres soll, wie jede Heereseinrichtung, der Vorbereitung auf den Kriegsfall dienen. Die sich hieraus an die Berichte im Frieden ergebende Anforderung, den Uebergang zu den selbstverständlich einfacheren Kriegs-Medicinalberichten zu erleichtern, werden im Abschnitte V, 1b dieses Bandes näher dargestellt.

## G. Statistik.

Die Militär-Medicinal-Statistik soll auf Grund der durch die ärztliche Berichterstattung und durch die Aushebungslisten vermittelten Thatsachen nicht nur die Gesundheitsverhältnisse des Heeres, sondern auch die Wirksamkeit der für die Krankenversorgung bestehenden Einrichtungen zum ziffermässigen Ausdrucke bringen. Beiderlei Aufgaben fallen im Wesentlichen zusammen; insbesondere lässt sich die Krankheitsstatistik eines durch die allgemeine Wehrpflicht ergänzten Heeres nicht wohl von der Aushebungsstatistik abtrennen und erhält, wie jede Statistik überhaupt, ihren Hauptwerth erst durch Vergleiche mit den Ergebnissen der Erhebungen in andern Ländern. So wünschenswerth hiernach eine internationale Statistik der Militärtauglichkeit auch bezüglich des Krankenwesens erscheint, so scheiterte diese bisher an denselben Bedenken, welche man gegen die Veröffentlichung von Landkarten, die dem Feinde bei einem kriegesischen Einfälle Vorschub leisten, vor einigen Jahrhunderten in allen Staaten hegte. Allerdings kann ein feindlicher Staat der Militärmedicinalstatistik des Gegners wichtige Lehren entnehmen. Wie man aber seit langer Zeit das Verbot der kartographischen Veröffentlichung auf das enge Gebiet der befestigten Plätze beschränkte, so dürfte auch die Scheu vor einer internationalen Aushebungsstatistik bald überwunden sein.

Die Militärmedicinalstatistik hat besondere Wichtigkeit durch den Umstand, dass im Civil Ziffernwerthe nur bezüglich der Mortalität, der Unfälle und Seuchen, nicht aber bezüglich der allgemeinen Morbidität gewonnen werden können, während in allen geordneten Heeren sich die Zahl fast sämtlicher zu ärztlicher Kenntniss gelangten Erkrankungen ermitteln lässt. In Deutschland ermöglichte das Krankenversicherungsgesetz wenigstens für einen grossen Theil der Civilbevölkerung die Mehrzahl auch der leichteren Erkrankungen zu beziffern. — Es sind jedoch selbst beim Heere die Erkrankungsziffern nur mit Vorsicht zu verwenden; sie gestatten ohne Weiteres keinen Vergleich der Erkrankungs-

häufigkeit verschiedener Länder. So hat beispielsweise Deutschland hohe Erkrankungswerthe, die mit den geringen Sterblichkeitszahlen im Widerspruch stehen. Es sind nämlich Lazareth- und Revierkranke zusammengefasst. Scheidet man beiderlei Kranke, so hängt das Verhältniss vom Revier und Lazareth wesentlich davon ab, ob Revierkrankenstuben bestehen und in welchem Umfange sie ausgenützt werden. Für die Jahre 1873 bis 1882 erhöhten sich nach Düms die allgemeinen Erkrankungsziffern in Deutschland durch das Hinzurechnen der Schonungskranken ohne nähere Angabe ihrer Krankheit. —

Bei einem Vergleiche der Erkrankungs- und Sterbeziffer kommt ferner der Umfang der Berichterstattung in Betracht. In Deutschland erstreckt sich diese nur im Kriege auf das ganze Heer, während im Frieden lediglich über sämtliche active Mannschaften und Unterofficiere, einschliesslich der nicht zur kostenfreien Krankenpflege berechtigten einjährig Freiwilligen, nicht aber über Familienmitglieder, auch wenn sie in der Kaserne wohnen, über Officiere, Beamte u. s. w. berichtet wird. Auch der Umstand, dass bis 1896 über die zu Uebungen einberufenen zahlreichen Leute des Beurlaubtenstandes keine besondere Rapporterstattung (nach der 4. Bemerkung in Beilage 10 der Friedens-Sanitäts-Ordnung) erfolgte, bedarf der Berücksichtigung.

Wenig vergleichbar erscheint die Häufigkeit der Entlassungen wegen Invalidität und Dienstunbrauchbarkeit, die beispielsweise nach E. Antony's, von Villaret (*Deutsche militärärztliche Zeitschrift*, 1896, No. 3, Seite 97) bestrittener Berechnung (*l'état sanitaire des armées: Archives de médecine etc. militaires*; Paris, August 1895) im vorigen Jahrzehnt in Deutschland das Zehnfache, in Frankreich und England nur das Dreifache der Sterblichkeit betrug. Diese Entlassungen werden in den einzelnen Ländern durch die darüber bestehenden Bestimmungen einerseits und andererseits durch die Art der Heeresergänzung derart beeinflusst, dass ein einfacher Vergleich nicht ohne Weiteres statthaft erscheint.

Die Sterblichkeitsziffern verschiedener Heere und Zeiten gestatten zwar eher eine vergleichende Gegenüberstellung, doch auch diesen Werthen haften wesentliche Fehlerquellen an. So wird beispielsweise die Zahl der Todesfälle an chronischen Krankheiten bei einem Heere mit kurzer Dienstzeit von aufmerksamen Aerzten durch sorgsame Untersuchung vor der Einstellung und rechtzeitige Verabschiedung bei Erkrankung fast zum Verschwinden gebracht und dadurch die allgemeine Sterblichkeitsziffer wesentlich herabgedrückt.

Zum richtigen Verständnisse der Heeressanitätsstatistik gehört das Vertrautsein mit der allgemeinen Militärstatistik. Letzteres wird durch den in den einzelnen Ländern verschiedenen Umfang allgemeiner geläufiger Begriffe, wie Artillerie, schwere Cavallerie, Combattanten, Kopfstärke und dergl. erschwert; manche oft gebrauchte Wörter haben sogar in einem und demselben Lande schwankende Bedeutung. So ge-

lang es beispielsweise in Deutschland nicht einmal in den Reichsgesetzen den Begriff „stehendes Heer“ als technische Bezeichnung im gleichen Sinne einzuhalten. — Noch schwieriger macht sich die Begriffsbezeichnung bei den Sanitätseinrichtungen. Der Genfer Vertrag vom 22. August 1864 gebrauchte beispielsweise für die Feldkrankenanstalten Ausdrücke, deren Erklärung durch einige der Zusatzartikel vom 20. October 1868 ohne hinreichenden Erfolg angestrebt wurde. Die musterhaft klare Friedens-Sanitäts-Ordnung bezeichnet hin und wieder das Feld- und Kriegslazareth so, dass es zweifelhaft bleibt, welches von beiden gemeint und ob Sanitätsdetachment, Festungslazareth und dergl. inbegriffen sei. Die Kriegssanitäts-Ordnung benennt die Theile der Sanitätsdetachements (Sectionen), den Sammelplatz der Leichtverwundeten u. s. w. anders, als die Felddienstordnung. — Selbst die anscheinend so einfache, für die Normalkrankenzahl der Lazarethe erforderliche „Garnisonstärke“ bedurfte als „etatsmässige Garnisonkopfstärke“ erst kürzlich (im Nachtrage I vom April 1896 zur Friedens-Sanitäts-Ordnung, No. 28) einer Erläuterung. — Auch bei Berücksichtigung dieser Begriffschwankungen entbehren sogar die aus besten Quellen stammenden Zifferwerthe bisweilen der Zuverlässigkeit. So fand beispielsweise Engel (Zeitschrift des preussischen statistischen Bureaus, 5. Jahrgang, Berlin 1865, No. 8 und 9) einen Unterschied von 400 Verstorbenen während eines einzigen Jahres in den Stärkerapporten und in den Medicinalrapporten des preussischen Heeres. Es mahnt dies insbesondere beim Vergleiche älterer oder fremdländischer statistischer Angaben zu Vorsicht.

Für die Erlangung vergleichbarer statistischer Werthe waren die Beschlüsse der sechs internationalen statistischen Congresses aus den Jahren 1853 bis 1876 von Bedeutung. Nach dem Aufhören dieser Congresses wurde eine vergleichsfähige Medicinalstatistik der Friedens- und Kriegsheere zwar hin und wieder als frommer Wunsch laut, jedoch erst auf dem X. internationalen medicinischen Congress zu Berlin 1890 gewann diese Frage durch John S. Billings festere Gestalt, indem ein aus je einem Vertreter der Vereinigten Staaten von Nordamerika, Deutschlands, Englands und Frankreichs bestehender Ausschuss zur Herbeiführung einer Heeressanitätsstatistik als Gegenstand internationaler Vereinbarung zusammentrat. Auf den Congressen zu Rom im April 1894 und zu Budapest im September desselben Jahres kam sodann eine Vereinbarung zu Stande, wonach in jedem Heere ein gegenseitig auszutauschender, auch die Aushebungsergebnisse berücksichtigender Sanitätsbericht in der bisherigen oder in beliebig anderer Weise alljährlich veröffentlicht werden soll. Diesem Berichte wird als „Anhang“ eine das Solarjahr betreffende gleichförmige nosologische Tabelle über 27 Krankheitsarten in 6 Krankheitsabtheilungen zugefügt. An diesen Beschlüssen waren folgende 11 Staaten theilhaft: Bayern, Belgien, Dänemark, *England*, Frankreich, *Italien*, *Oesterreich-Ungarn*, Preussen, *Russland*, Sachsen und die *Vereinigten Staaten von Nordamerika*, hinzugezogen wurden später noch neun: Bulgarien, *Holland*, Norwegen, Portugal,



Rumänien, Schweden, die Schweiz, Serbien und Spanien. Bis Anfang 1898 gaben aber nur die vorstehend *cursiv* gedruckten sechs Staaten den beregten Anhang heraus und zwar auch diese nicht sämtlich gleichmässig. Eine grundsätzliche Ablehnung erfolgte nur seitens Frankreichs hinsichtlich der Aushebungsstatistik. — Ueber den auf dem XII. internationalen medicinischen Congresse zu Moskau 1897 gemachten Versuch, die Angelegenheit durch Ausgleich der Differenzen und Heranziehung der rückständigen Staaten zu fördern, liegt noch kein amtlicher Bericht vor, jedoch scheint nach glaubwürdigen Mittheilungen die angestrebte Einigung äusserer Umstände wegen misslungen zu sein. — Allerdings erfordert die Bearbeitung des erwähnten „Anhangs“ insbesondere für die Staaten, welche ihre Sanitätsberichte nicht auf das für die wissenschaftliche Statistik ausschliesslich in Frage kommende Kalenderjahr erstatten, eine mühsame Umrechnung. Allein innerhalb von drei Jahren wäre eine solche Arbeit mit den verfügbaren Kräften wohl allenthalben zu bewältigen gewesen. Man kann demnach die angestrebte internationale Militärmedicinalstatistik zur Zeit als gescheitert ansehen, und muss die derartigen nicht nur in Feuilletons, sondern hin und wieder auch in Fachzeitschriften und Fachwerken erfolgenden Veröffentlichungen mit um so grösserem Misstrauen ansehen, je mehr dabei aus vereinzelt kleinen Ziffern weitgehende ethnographische, anthropologische, volkswirtschaftliche u. a. Schlüsse gezogen werden.

Die bisher vorliegenden Ergebnisse verglich Myrdacz (in einem am 12. März 1898 im Wiener wissenschaftlichen Verein der Militärärzte gehaltenen Vortrage) mit den 10 Tabellen des Oesterreichischen Entwurfs. Die erste Tabelle umfasst die ärztliche Aushebungsstatistik. Die Europäischen Continentalstaaten theilen meist nach Bezirken (Territorien, Provinzen, Gouvernements etc.) ein; Deutschland würde voraussichtlich nach Brigaden trennen; Holland und England machen nur Gesamtangaben, die Vereinigten Staaten von Nordamerika unterscheiden Weiss- und Farbige. — Hinsichtlich der Ausdehnung auf Altersklassen, auf alle Untersuchte derselben Klasse, auf die Körpergrösse aller Gestellten oder nur die der Ausgehobenen u. s. w. fehlen noch die nöthigen Vereinbarungen. Die zweite Tabelle: „Krankensbewegung nach Armee-corps in absoluten Zahlen“ und die dritte: „Krankensbewegung nach Verhältnisszahlen“ stossen weniger auf grundsätzliche Verschiedenheiten, doch sind die vorliegenden Tabellen wegen Abweichungen bei der Aufführung der Revierkranken, der als dienstuntauglich Entlassenen, der Krankentage u. s. w. nur beschränkt vergleichbar. Bessere Uebereinstimmung erzielten die übrigen Tabellen, von denen zwei die Krankensbewegung und zwar IV. nach Waffen und Monaten, V. in den grösseren Garnisonen betreffen. Vier Tabellen beziehen sich auf die wichtigsten Krankheiten, nämlich: VI. in absoluten, VII. in Verhältnisszahlen, VIII. Zugang nach Waffen in Verhältnisszahlen, IX. Zugang nach Monaten in absoluten Zahlen. In der Schlusstabelle X. sind die Todesfälle nach Dienstzeit und Lebensalter zusammengestellt.

Unter thunlichem Ausgleich der augenfälligen Verschiedenheiten der Einzelberichte ergibt sich, dass die Zahl der Wehrpflichtigen 1894 in einer Altersklasse betrug für Russland 857600, Oesterreich-Ungarn 340015, Italien 322002, England 58841, Holland 27941, Schweiz 24508, Vereinigte Staaten von Nordamerika 17115. Von je tausend Untersuchten fanden sich tauglich in Russland 848, Holland 822, England 592, *Italien* 541, *Schweiz* 525, Vereinigte Staaten 470, *Oesterreich-Ungarn* 282 (diese Zahlen sind annähernd nur bei den *cursiv* gedruckten Ländern vergleichbar). Auf je tausend waren wegen Körperschwäche untauglich in den Vereinigten Staaten 0,5, in England 4,7, Italien 16,9, Holland 17,9, in der Schweiz 132, in Oesterreich-Ungarn 463. Diese Zahlen entbehren jeder Vergleichbarkeit, da in dem einen Lande Körperschwäche allein, in dem andern in Verbindung mit anderen Fehlern gezählt wird. Nur für wenige Gebrechen, wie z. B. Kropf, Bruch, erscheinen die Werthe einigermaassen vergleichbar; es kommen auf je tausend Untersuchte Untaugliche wegen Kropf in Nordamerika 0,17, Russland 0,25, Holland 0,37, Italien 9,1, Oesterreich-Ungarn 23,7, Schweiz 63. Ferner Varices, Varicocele und Hämorrhoiden: Holland 1,7, Russland 3,3, Italien 4,1, Schweiz 5, England 30,8, Oesterreich-Ungarn 31,8, Nordamerika 66,5. Endlich Unterleibsbrüche: Holland 6,8, England 7,3, Nordamerika 9,6, Russland 11,8, Italien 13,5, Oesterreich-Ungarn 24,7, Schweiz 32.

In erhöhtem Maasse vergleichbar sind die Erkrankungen und Todesfälle, wobei als Rechnungsgrundlage folgende Heeresstärken dienen: Russland 966966, Deutschland ohne Bayern 452700, Oesterreich-Ungarn 284738, England 102075, Italien 198792, Spanien in Europa 84426, Holland 26840, Nordamerika 23726, Schweiz 5900 Mann. Der Zugang an Kranken betrug nach den von Myrdacz benutzten Quellen auf je tausend Mann Kopfstärke in Russland 335,9, Italien 733, Oesterreich-Ungarn 786,2, Deutschland ohne Bayern 831,5, England 989,2, Nordamerika 1127,1, Holland 1487,1, Schweiz 3321. (Der auffallende Werth für Russland erklärt sich aus der Nichtberücksichtigung der Revierkranken, der für die Schweiz aus der geringen Kopfstärke der dauernd Präsenten u. s. w.) — Als Zugang von Lazarethkranken ergibt sich auf tausend der Kopfstärke: Schweiz 250, Russland 286,6, Deutschland ohne Bayern 299,5, Oesterreich-Ungarn 346,9, Italien 428, Spanien 464,5, Nordamerika 673,1, Holland 830,3, England 989,2 (bei letzterer Zahl rechnen die Aufnahmen in die Regimentskrankenstuben mit). Krankentage entfielen auf jeden Mann der Kopfstärke: Schweiz 3,6, Russland 8,8, Holland 11,1, Deutschland ohne Bayern 11,1, Spanien 12,1, Oesterreich-Ungarn 13,8, Nordamerika 14,5, England 22,4. (Diese Werthe bedürfen zur Vergleichbarkeit einer Berücksichtigung des Unterschiedes der Spital- und Revierkranken, der Colonialtruppen u. s. w.) — Todesfälle kamen auf je tausend Mann der Kopfstärke: Schweiz 2, Deutschland ohne Bayern 2,1, Holland 2,9, Oesterreich-Ungarn 3,6, Nordamerika 3,6, Italien 5,4, Russland 5,5, Spanien 8,2, England (mit den Colonien) 8.

Selbstmord begingen auf je 100 000 Mann in Holland 13, Russland 15, Schweiz 17, England 22, Italien 32, Deutschland ohne Bayern 51, Nordamerika 78, Oesterreich-Ungarn 99. — Auf je tausend Verstorbene standen im ersten Dienstjahre: England 50, Nordamerika 118, Schweiz 285, Russland 338, Holland 365, Deutschland ohne Bayern 468, Oesterreich-Ungarn 475, Italien 536. Man könnte versucht sein aus den letzten Ziffern auf die Sorgsamkeit bei der Aushebung oder auf die Widerstandsfähigkeit der jüngsten Leute u. s. w. Schlüsse zu ziehen. Es bleibt aber zu beachten, dass diese Werthe wesentlich von der Dauer der Dienstzeit beeinflusst werden.

Den besten Vergleich gewähren die Zahlen der einzelnen Krankheiten, soweit dabei diagnostische Abweichungen ausser Frage stehen. Es kamen auf je tausend Mann der Kopfstärke Darmtyphusfälle in Holland 1,6, Deutschland ohne Bayern 2,1, Oesterreich-Ungarn 3,4, Schweiz 3,7, Nordamerika 5,4, Spanien 5,8, Russland 7,2, England 9,6; Ruhrfälle: Holland 0,15, Deutschland 0,32, Oesterreich-Ungarn 1,1, Russland 1,17, Nordamerika 2,5, England 10,8; Erkrankungen an Malariafieber: Deutschland ohne Bayern 1,31, Holland 11,3, Spanien 15,6, Oesterreich-Ungarn 25,5, Russland 51, Nordamerika 65,6, England 135,8; Gelenkrheumatismus: Russland 5,3, Holland 9,8, Deutschland ohne Bayern 10,5, Oesterreich-Ungarn 11,4, Nordamerika 15,5, England 27,3; Lungentuberculose: Oesterreich-Ungarn 1,6, Nordamerika 2,1, Deutschland ohne Bayern 2,75, England 3,2, Russland 4,2, Holland 4,5, Spanien 7,4, Schweiz 7,8; croupöse Lungenentzündung: Nordamerika 2,9, England 4,5, Holland 6,2, Schweiz 6,4, Oesterreich-Ungarn 6,5, Russland 8, Deutschland ohne Bayern 10,4, Spanien 11,5; Gonorrhoe: Schweiz 1, Deutschland ohne Bayern 18,2, Russland 18,7, Holland 28, Oesterreich-Ungarn 31,8, Nordamerika 49, England 124,2; Syphilis: Schweiz 0,7, Deutschland ohne Bayern 7,3, Holland 7,7, Nordamerika 12,4, Russland 12,5, Spanien 17,1, Oesterreich-Ungarn 18,1, England 141,8.

Wenngleich die vorstehend angeführten Ergebnisse den wissenschaftlichen Anforderungen an eine vergleichende Statistik wenig entsprechen, so leuchtet daraus immerhin die vielfache Verwerthbarkeit und die hohe Bedeutung dieses Wissenszweiges derart hervor, dass eine Betheiligung wenigstens der grossen Culturstaaten an einer gemeinsamen, gesundheitlichen Heeresstatistik mit dem Beginn des nächsten Jahrhunderts zu hoffen ist. Wenn dieses Ziel erreicht sein wird, lässt sich an eine Ergänzung des internationalen Militär-Medicinalberichts durch Tabellen über die Zahl der vorhandenen Aerzte, Hilfsmannschaften, Krankenhäuser, sowie an Uebersichten über die Veränderungen in dem Gesundheitspersonal, über den Verbrauch an Heilmitteln, über die Krankenpflegekosten u. dergl. denken.

Ein Eingehen auf die über einzelne Heere bis jetzt vorliegenden statistischen Thatsachen würde ein bändereiches Werk füllen. Es seien deshalb nur wenige kurze Angaben über das Oesterreichische

und Deutsche Heer aus den letzten Jahren angefügt: Der Oesterreichische Bericht wird von dem k. und k. technischen Militärcomité herausgegeben und zwar seit 1895 unter Weglassung der Aushebungsergebnisse. Der Krankenzugang sank 1896 bis 735,7 vom Tausend der Kopfstärke, wovon 343 in Heilanstalten aufgenommen wurden, deren Tagesbestand 26,4 betrug. Auf jeden Mann kamen 13,3 Krankentage. Die Zahl der Verstorbenen belief sich auf 3,46 von je 1000 der Kopfstärke. Der Bericht für 1896 giebt eine Statistik von 227 einzelnen Garnisonorten, von denen Pola, Warasdin und Trembowla die ungünstigsten Verhältnisse aufwiesen. Von den Völkerschaften erschienen die Rumänen am häufigsten, doch war der Krankenzugang bei den Kroaten am höchsten. Von je 1000 Kranken genasen nach durchschnittlich 27tägiger Behandlung 813, es starben 9,6 und 177,4 gingen anderweit ab. Der Aufwand an Heilmitteln für jeden Kranken betrug 72,56 Heller. — Auf je 1000 Mann der Kopfstärke wurden wegen zeitlicher Invalidität 33,6 beurlaubt und wegen dauernder 30,9 entlassen. Unter letzteren wogen Eingeweideverlagerung, unter ersteren chronischer Bronchialkatarrh als Grund vor. — Von je 1000 der eingestellten Rekruten waren 29,9 wegen Dienstuntauglichkeit alsbald wieder zu entlassen. Von Sectionen wurden 1896 vorgenommen: 1148 pathologisch-anatomische und 444 gerichtsarztliche; ferner fanden 1448 chirurgische und Augen-Operationen statt. Vaccinirt wurden 16805, revaccinirt 149603 Mann mit 79 pCt. Erfolg. Die Bade-Heilanstalten nahmen 2232 Militärpersonen auf. Von einzelnen Krankheiten entfielen 1896 auf je 1000 der Kopfstärke 3,5 Darmtyphusfälle, 22,6 Malariafieber, 5,3 Trachom und Augenblennorrhoe, 61,4 Venerie, 6,4 croupöse Lungenentzündung, 10,4 Gelenkrheumatismus, 73,2 Verletzungen.

Betreffs der Sanitätsstatistik des Deutschen Heeres liegt als letzte Veröffentlichung der „Sanitäts-Bericht“ der Medicinalabtheilung des Preussischen Kriegsministeriums (Berlin 1898, bei Ernst Siegfried Mittler u. Sohn) vor. Dieser umfasst ausser der Preussischen Armee das XII. (Sächsische) und XIII. (Württembergische) Armeecorps; er erstreckt sich über die Zeit vom 1. April 1894 bis 30. September 1896 und bietet deshalb weder über das gesammte Heer, noch über ein Kalenderjahr Zifferwerthe, welche mit denen der Heere anderer Culturstaaten oder dem Deutschen Marine-Sanitätsberichte 1895/7 unmittelbar vergleichbar sind. Von 1873 bis 1896 erstreckte sich die Deutsche Berichterstattung jeweilig auf das vom 1. April bis 31. März festgesetzte Etatsjahr. „Ein Vortheil hat sich hieraus für die Statistik nicht ergeben,“ sagt die „Vorbemerkung“ zu dem letzten Sanitätsberichte selbst. Man hat nun das „Berichtsjahr“ seit 1896 auf die Zeit vom 1. October bis 30. September festgelegt, damit es sich mit dem militärischen Ausbildungsjahre decke. Es leuchtet ein, dass dieser Vortheil dann zur Geltung käme, wenn alle Mannschaften nur ein Jahr lang activ dienten. Auch in diesem Falle würde dadurch der Nachtheil kaum aufgewogen, welchen vorübergehend die Verschiebung des Berichtsjahres und dawe

die Einführung einer dritten Jahresabmessung (neben dem Kalender- und dem Etatsjahre) hinsichtlich der Vergleichbarkeit mit der Heeresstatistik anderer Länder und mit der Marine- und Civilstatistik bedingt. Möglicher Weise findet dieser Uebelstand über lang oder kurz dadurch Erledigung, dass man in Deutschland wiederum das Etatsjahr mit dem Kalenderjahr zusammenfallen lässt, wenn der Grund der geschehenen Auseinanderlegung, nämlich plötzliche Heeresvermehrung, einst wieder in Wegfall kommen wird. Von Einzelheiten seien aus dem erwähnten. 256 Quartseiten Text und 271 Seiten Tabellen umfassenden Bericht folgende hervorgehoben:

Die Heeresdurchschnittsstärke stieg in der Berichtszeit von 505 811 auf 518 644 Mann. Die jährliche Erkrankungsziffer, welche im vorletzten Jahrzehnte dieses Jahrhunderts etwa 900 pM. der Kopfstärke betragen hatte, fiel 1895/6 auf 749,1 (worunter 273 pM. Lazarethkranke), den niedrigsten Stand, solange eine Berichterstattung im preussischen Heere besteht. Die zum Vergleiche herangezogenen beiden bayerischen Corps weisen ungünstigere Werthe, nämlich 1138,1 und 907,5 auf. Der durchschnittliche tägliche Krankenstand betrug 1895/6 nur 28,2 pM. der Kopfstärke (gegenüber etwa 30 im vorigen Jahrzehnte. Davon kamen 17,9 auf das Lazareth und 10,4 pM. auf das Revier: ein Lazarethkranker war durchschnittlich 22,1, ein Revierkranker 7. jeder Kranke überhaupt 13,2 Tage in Behandlung. Der Ausfall an Dienstadttagen betrug im Durchschnitte für jeden Mann 10,3 Tage, wovon 6,5 auf das Lazareth und 3,8 auf das Revier entfielen. Von je tausend Behandelten starben 1894/5 nur 2 pM., im folgenden Jahre 2,3 pM.

Die Zahl der Todesfälle sank in den beiden Jahren 1894/5 und 1895/6 auf 2,5 und 2,6 vom Tausend der Kopfstärke. In den letzten 23 Jahren verminderte sich diese Zahl um 61,2 pCt.; sie betrug 1873/4 noch 6,7. — An Selbstmord entfiel in beiden Jahren 1894/6 je 0,46 pM. der Kopfstärke, auf tödtliche Unfälle 0,28 und 0,32 pM.

Von sanitären Maassnahmen führt der Bericht ausser der Errichtung von 11 neuen Garnisonlazarethen und 19 Erweiterungsbauten die Eröffnung zweier Laboratorien für Röntgen-Aufnahmen in Berlin, die Einführung von mehreren Anstalten für medicomechanische Behandlung und die Herstellung zweier Genesungsheime an. Ferner werden Verbesserungen bei der Verpflegung, Trinkwasserversorgung und Abfallbeseitigung, insbesondere die versuchsweise Erbauung einer Feuerlatrine nach Weyl-Arnheim's System in Nedlitz, erwähnt. — Die Brausebadeanstalten wurden derart vermehrt, dass „jetzt fast überall“ jeder Mann auch im Winter baden kann. — In mehr als 70 Garnisonen wurden neue Casernements errichtet. Von grundsätzlicher Bedeutung erscheint das Absehen von der bisherigen „kasernenmässigen“ Massenunterbringung in grossen Gebäuden, an deren Stelle einzelne Blocks oder Baracken unter Trennung der Wohnhäuser von den Dienstgebäuden treten sollen.

Von den zahlreichen Zifferangaben über die einzelnen Krankheits-

gruppen erscheinen hier die von Werth, welche einen Vergleich mit anderen Statistiken ermöglichen. An Darmtyphus, dessen Aetiologie, Casuistik, Nachkrankheiten u. s. w. 5 Kartenskizzen und im Text 14 Seiten, abgesehen von der Anführung in den Tabellen, gewidmet sind, betrug der Zugang in beiden Berichtjahren 1,7, die Sterblichkeit 0,16, bez. 0,19 pM. der Kopfstärke. Bemerkenswerth erscheint bei diesen niedrigen Zahlen, dass die Sterblichkeit im Verhältniss zum Zugang hoch blieb, nämlich 9,8 bez. 11,1 pCt. Vergleichsweise betrug diese Sterblichkeit in der Französischen Armee 1894 und 1895 bei einem etwa sechsmal stärkeren Procentsatze des Zuganges an Typhus 17,5 und 16,9. Doch lässt sich wegen der Verschiedenheit der Berichtszeiträume der Vergleich nicht näher durchführen. Man darf aber aus diesen Ziffern schliessen, dass die Abnahme des Typhus nicht durch Minderung der Gefährlichkeit der Erkrankung, sondern durch Verringerung der Ansteckungsgelegenheit in Folge besserer gesundheitlicher Verhältnisse herbeigeführt wurde. — Anders verhält sich bekanntlich die Malaria-Erkrankung, die — abgesehen von seltenem epidemischem Auftreten — mit abnehmender Zahl milder zu werden pflegt. Die Erkrankungsziffer betrug 1894/5 nur 0,65 und 1895/6 sogar nur 0,55 pM. der Kopfstärke; sie sank seit 1869, wo sie 5,45 pCt. ausmachte, auf den hundertsten Theil. Todesfälle an dieser Krankheit kamen nicht zur Beobachtung; auch nicht bei den von auswärts, in Algier, Dahome, Tonking, Wollhynien und bei den Deutschen Schutztruppen erworbenen Fiebern und Nachkrankheiten. — Akuter Gelenkrheumatismus findet sich in beiden Berichtjahren zu 7,9 und 7,7 pM. beziffert, die entsprechenden Werthe für chronischen Rheumatismus waren 0,76 und 0,75 pM., für Gicht 0,05 und 0,1 pM. Der Lungentuberculose werden 3 Kartenskizzen gewidmet, die Erkrankungsziffer fiel in beiden Jahren auf je 2,7 pM. — Zugänge an croupöser (fibrinöser) Lungenentzündung werden 7,9 und 8,2 pM. der Kopfstärke angeführt, die Todesfälle sanken bis 3,4 und 3,2 pM. der Behandelten, 5 Kartenskizzen veranschaulichen die Verbreitung und das Auftreten der Krankheit seit 1881. — Venerische Krankheiten kamen im Durchschnitte beider Berichtjahre 27,7 pM. der Kopfstärke zur Behandlung, was sich dem 1887/8 erreichten niedrigsten Stande von 26,3 pM. nähert. Die Einzelheiten werden durch ein Diagramm, 5 Kartenskizzen und 10 Textseiten erläutert. Die Verminderung dieser Krankheiten fand seit 1881, wie eine tabellarische Vergleichsübersicht darthut, im Deutschen, Französischen, Oesterreichischen, Italienischen und Englischen (Inlands-) Heere in ähnlicher Weise statt. Der Zugang an Tripper betrug 1894/5 und 1895/6 in Deutschland 16,9 und 15,4, an Syphilis 6,8 und 5,9 pM. der Kopfstärke.

Von Tausend aller Behandelten wurden 908,6 bez. 908,8 geheilt, während als ganzinvalid 9,6 bez. 10,8, als halbinvalid 6,2 bez. 6,4 und als dienstunbrauchbar 9, bez. 8,6 ausschieden. Bei den letzteren sind nicht, wie dies bis dahin geschah, die unmittelbar

nach der Einstellung unbrauchbar Befundenen mitgezählt. In Bäder und Genesungsheime wurden 684, bez. 1084, entsendet, in Irrenhäuser 83, bez. 82.

### H. Krankendienst bei Uebungen.

Bei dem gewöhnlichen Exercieren unberittener Truppen kommen Erkrankungen und Unfälle so selten vor, dass keine besonderen Maassnahmen für Krankenversorgung nöthig erscheinen. Dasselbe gilt auch zumeist von dem sonstigen Dienste in der Kaserne und auf deren Hofe: hier leistet bei etwaigen Beschädigungen der wachhabende Lazarethgehilfe der Revierstube (§ 16,5 der Friedens-Sanitäts-Ordnung) bis zur Ankunft des Arztes oder bei der Ueberführung in das Garnisonlazareth die erste Hilfe. Damit jedoch bis zur Herbeiziehung dieses Lazarethgehilfen sofort ein Nothverband angelegt werden kann, dürfen die Truppentheile zum Exercieren, Turnen, Bajonettfechten, Reiten, Stalldienste u. s. w. auf je 100 Mann (nach § 18, 5) ein Verbandpäckchen mitnehmen. in dessen Gebrauche namentlich die Unteroffiziere seitens der Truppenärzte unterwiesen werden.

Zum Exercieren grösserer Massen von einem Bataillone oder einer Abtheilung an aufwärts, ferner bei Märschen, zum Felddienste und Scharfschiessen wird ein mit der Lazarethgehilfentasche, dem Verbandzeug und der Labeflasche ausgerüsteter Lazarethgehilfe befehligt. — Besondere Maassnahmen machen sich bei dem Schwimmen in der Badeanstalt nöthig. Hier findet sich deshalb eine Rettungsanweisung angeschlagen und ein Rettungskasten aufgestellt, dessen gewöhnlicher Inhalt aus dem (am Ende dieser Arbeit abgedruckten) Verzeichnisse aus Beilage 26 (B, c, 164) der Friedens-Sanitäts-Ordnung ersichtlich wird. Es dürfen jedoch in diesen Kasten, soweit es der Raum gestattet, auch andere, von den Sanitäts-Offizieren für geeignet erachtete Mittel aufgenommen werden. Zu jeder Schwimmübung wird (§ 18, 1) ein älterer Lazarethgehilfe befehligt.

Sind bei einer Uebung eines kleinern Truppentheils, namentlich der technischen Waffen, Unglücksfälle zu befürchten oder finden Uebungen im Regiments- oder Brigadeverbande statt, so macht sich die Anwesenheit eines einjährig freiwilligen Arztes, Unterarztes oder Assistenzarztes erforderlich, dem mindestens ein Lazarethgehilfe beizugeben ist.

Verlässt die Truppe den Standort auf länger als einen Tag, so rechnet man für jedes Bataillon oder Cavallerieregiment und für jede Artillerieabtheilung ebenfalls je einen der erwähnten Aerzte. Bei dem Scharfschiessen auf den Artillerieschiessplätzen wird mindestens ein Assistenzarzt, bei Bedarf aber ein Stabsarzt, befehligt. Ueber die Vertheilung der Aerzte, deren Berittenmachung und Versorgung mit Hilfspersonal, Arzneien und Verbandmitteln bei den grösseren Truppenübungen enthält § 19 der Friedens-Sanitäts-Ordnung nähere Vorschriften, aus denen hier nur das auf die Krankenversorgung bezügliche zu erwähnen ist. Da

sogenannten Sanitätsbehältnisse, nämlich der Sanitätskasten und der Bandagentornister, werden nebst den Krankendecken auf dem Vorspannwagen des Truppentheils mitgeführt. Ein Sanitätsbehältniss erhält ein Truppentheil dann, wenn er von einem Militärarzte begleitet wird, während für die Krankendecken die Etatssätze maassgebend sind. Ueber Gestalt, Einrichtung und Inhalt der erwähnten Lazarethgehülfentaschen, Bandagentornister und Sanitätskasten bestehen keine Friedensvorschriften, vielmehr gilt für diese Geräthe die Beilage 5 der (im Abschnitte V, 1 b der II. Abtheilung dieses Bandes) besprochenen Kriegs-Sanitäts-Ordnung.

Ein Wagen zur Beförderung von Kranken wird — abgesehen von grösseren Garnisonen — dauernd auf jedem Artillerie-Schiessplatze (nach der Anmerkung zu § 47, 3 der Friedens-Sanitäts-Ordnung) aufgestellt, auch folgen solche Wagen den Truppen (§ 19, 11) bei grösseren Uebungen. Ueber die Zahl dieser Krankenbeförderungsmittel, sowie über die Einrichtung bestehen ebensowenig Friedensvorschriften, wie über die Bauart und Ausstattung der Krankenbeförderungswagen selbst. Letztere werden nach dem Ermessen der einzelnen Generalcommandos sammt den zugehörigen Krankentragen und Verbandmitteltaschen den Kriegsvorräthen entnommen und vom Trainbataillone bespannt dem Divisionsarzte zur Verfügung gestellt. Wo solche Wagen nicht zur Stelle sind, werden Leichtkranke auf Gepäckwagen der Truppe mitgeführt, für Schwerkranke aber in der im § 20, 6 der Friedens-Sanitäts-Ordnung vorgesehenen Weise Vorspannwagen in Anspruch genommen.

Die bei der Uebung ausserhalb der Garnison erkrankten, zur kostenfreien Aufnahme in Militärlazarethe berechtigten Mannschaften, welche keine Aufnahme in einem Garnison- oder Ortslazarethe (siehe Seite 273 dieses Bandes) finden oder ohne Nachtheil für Gesundheit und Leben nicht dahin zu überführen sind, werden (nach § 21, 3 bis 5) der nächsten Ortsbehörde zur Pflege und Behandlung überwiesen.

Der bisher besprochene Theil des Krankendienstes bei Uebungen hat sich in der nach den deutschen Vorschriften vorstehend geschilderten Weise nach und nach entwickelt und wird allenthalben sowohl als zweckentsprechend, wie auch als ausreichend für das Bedürfniss der übenden Truppe angesehen. Dagegen stellte sich im letzten Jahrzehnt eine Meinungsverschiedenheit darüber heraus, in wie weit neben der thatsächlichen Krankenversorgung bei den grösseren Truppenübungen noch ein fingirter oder fictiver Krankendienst als Vorübung für den Kriegsfall stattfinden soll, insbesondere, ob neben jedem Truppenmanöver gleichzeitig eine Krankenträgerübung mit vollständig ausgerüsteten und hinreichend zahlreichen Feldsanitätswagen, markirten Verwundungen, nachgeahmten Verbandplätzen und dergl. vorzunehmen sei. Die Einzelheiten der ausgedehnten Erörterungen über diesen Gegenstand müssen dem Fachschriftthume überlassen bleiben, hier können nur die hauptsächlichen Gesichtspunkte, die bei dieser Streitfrage in Betracht kommen, berührt werden.

Die sogenannten Truppenmanöver geben ein möglichst getreues Bild



von ernsten Gefechten, wobei aber die Nachahmung selbstredend nur bis zu gewissen Grenzen geht. Es werden z. B. vernünftiger Weise nicht Handgemenge, regellose Flucht, Verfolgung, Verwundungen oder Gebliebene dargestellt. Dabei hat keine der beteiligten Waffengattungen eine ernste, ihr auch im Kriege zufallende Thätigkeit, das heisst: der Reiter haut nicht wirklich ein, der Infanterist sticht nicht mit dem Bajonett, das feuernde Geschütz verschießt kein scharfes Geschoss u. s. w. Höchstens schlagen die Pioniere eine Brücke, die, wie im Ernstfalle, thatsächlich benutzt wird. — Abweichend hiervon war bisher die Thätigkeit des Sanitätsdienstes bei den Manövern, die sich ausschliesslich auf Verhütung und Behandlung von Erkrankungen, Verband und Wegschaffen von wirklich Verunglückten erstreckte, aber keinerlei Vorübung für den Kriegsfall durch Markirung von Verletzten und dergl. vornahm. Letzteres blieb ausschliesslich besonderen Sanitätsübungen mit Herbeiziehung kleinerer Truppentheile überlassen, wobei man allerdings von gewissen Veranstaltungen, insbesondere von der Uebung der leitenden Aerzte in der Auswahl von Verbandplätzen und der Zusammenziehung der Truppensanitätsmannschaften auf diesen Plätzen absehen musste. Letztere Art Uebungen sind jedoch unstreitig nöthig und können nur bei den grösseren Herbstübungen und den sogenannten Generalstabsreisen vorgenommen werden. Der Gefahr einer Beeinträchtigung des thatsächlichen Manöversanitätsdienstes und der Versorgung wirklich Kranker lässt sich durch angemessene Veranstaltungen vorbeugen. Dagegen bemerkt Otto Knoevenagel (Neue militärische Blätter, 49. Band, 7. Heft, vom September 1896, Seite 169): „Unbedingt aussprechen muss ich mich gegen jede Absicht, bei Gelegenheit der Manöver eine Uebung im Tragen Verwundeter aus dem Gefecht nach den Verbandplätzen vornehmen zu wollen, wie das wohl gelegentlich auch versucht worden ist. Wo letzteres geschehen, da wird bei nachträglicher nüchterner Würdigung wohl dem zugestimmt werden, was ich in meiner Arbeit in der „Deutschen militärischen (soll heissen militärärztlichen) Zeitschrift (Heft 6, 1885)“ über diesen Punkt geäußert habe: dass es ohne Unordnung anzurichten und ohne Gefahr, die ernste Sache in's Lächerliche zu ziehen, nicht abgeh-

### I. Besonderer Krankendienst.

Eigenartig gestaltet sich die Krankenversorgung bei manchen Uebungen der Sonderwaffen, wie beispielsweise Belagerung, Miniren, Eisenbahnbau, Brückenschlagen, Luftschiffahrt. Die Einzelheiten haben keine allgemeine Wichtigkeit und finden sich grösstentheils selbst in den Fachzeitschriften noch nicht eingehend erörtert. Allgemeiner bekannt wurde die zuerst von Voigt (Medicinische Zeitung des Vereins für Heilkunde in Preussen 1836, No. 25) beschriebene Minenkrankheit, gegen die sich besondere Vorsichtsmaassregeln, insbesondere das Verbot des vorschnellen Betretens der Gallerien nach erfolgter Sprengung, erforderlich machen (Deutsche militärärztliche Zeitschrift, 4. Jahrgang 1875.

Seite 379 ff. und 632 ff.). — Von sonstigen besonderen Krankendienstzweigen kommen im Heere etwa folgende in Frage, nämlich die Versorgung

#### a) Geisteskranker.

Wie bereits (Seite 270 dieses Bandes) erwähnt, werden nicht nur chronisch Geisteskranke, sondern alle gemeingefährlichen Irren, ferner der Vortäuschung von Irrsinn Verdächtige u. s. w. in Deutschland Seitens der Militärlazarethe an Civilirrenanstalten abgegeben; in letzteren erhalten die Kranken weder Löhnung noch Uniform, auch dürfen sie sonst als Soldaten nicht kenntlich gemacht werden. Es kommt hiernach ein Krankendienst bei Irren auch bei grösseren Militärheilanstalten nur ausnahmsweise und vorübergehend vor. Er wird für das Unterpersonal durch den Abschnitt 7, I, H des „Unterrichtsbuch für Lazarethgehülfen“ vom 17. Juli 1886 geregelt.

Die Zweckmässigkeit der im deutschen Heere zur Zeit geltenden Vorschriften über das Verfahren mit Geisteskranken ergibt sich daraus, dass unter den zahlreichen Angriffen, welche im letzten Jahrzehnte gegen die Irrengesetzgebung sowohl, als gegen einzelne Irrenärzte, Physici und Anstalten erfolgten und zum Theil von früheren Heeresangehörigen ausgingen, sich kaum einer gegen die im Heere gültigen, einschlägigen Bestimmungen und Gepflogenheiten richtete.

#### b) Seuchen.

Die beim Heere manches Eigenthümliche bietenden Vorbeugungsmaassnahmen kommen hier nicht in Frage. Die Krankenversorgung bei Seuchen unterscheidet sich aber nur darin von der im Civil, dass sich die Absperrung der Erkrankten wirksamer durchführen lässt. Sind letztere zahlreich, so nimmt man beim Militär auch bisweilen eine Absperrung der Gesunden durch Verlegung der Garnison in ein leerstehendes Lager oder dergl. vor. Ueber militärische Seuchenlazarethe vergl. S. 272 dieses Bandes und den 15. Abschnitt der Friedens-Sanitäts-Ordnung, insbesondere dessen § 154 über „Gesonderte Behandlung, Pflege und Wartung der Kranken mit ansteckenden Leiden.“ Ueber die bei ausgedehnten, heftig auftretenden Epidemien erforderliche Annahme von Hilfs-Unterpersonal in Seuchenlazarethen vergleiche unter „Ausbildung“ weiter unten (S. 304 dieses Bandes).

#### c) Schulen.

Dass die Lehr- und Erziehungsanstalten für Knaben und Mädchen im Heere keinerlei Besonderheiten betreffs der Krankenversorgung bieten, ergibt sich schon daraus, dass an diesen Anstalten meist keine etatsmässigen Arztstellen vorhanden sind, so in Deutschland beim Waisenhaus zu Potsdam, beim Mädchen-Waisenhaus zu Pretsch u. s. w. — Andere militärische Internate, wie die Kriegsschulen, gleichen völlig den Kasernements für Soldaten. Die Unterofficierschulen, die zahlreichen

Unterofficierschulen und die Kadettenhäuser unterscheiden sich hinsichtlich der Krankenversorgung kaum von den entsprechenden civilen Erziehungsanstalten. Die kleineren besitzen einen etatsmässigen Assistenzarzt, die grösseren einen Oberstabsarzt oder Stabsarzt und bezw. einen oder zwei Assistenzärzte. — Die Aerzte einiger höheren militärischen Lehrinstitute, wie Kriegsakademie, Turnanstalt u. s. w., wirken neben ihrem ärztlichen Berufe gleichzeitig oder vorwiegend als Lehrer der Gesundheitspflege beziehungsweise Anatomie.

#### d) Gefängnisse.

Die deutschen Festungsgefängnisse zu Köln, Spandau und Dresden besitzen nur je einen Assistenzarzt. Bei den übrigen versieht den ärztlichen Dienst, der von dem bei anderen Gefängnissen sich nicht unterscheidet, der Garnisonarzt des Ortes. Der Revierdienst wird in den militärischen Strafanstalten nach den Anmerkungen zu § 12 der Friedens-Sanitäts-Ordnung, wie in Kasernen, abgehalten.

#### e) Institute, Werkstätten.

Bei den militärischen Instituten sind in Deutschland für die Militärpersonen entweder Aerzte etatsmässig oder von Truppentheilen zum Dienst commandirt. Für Civilarbeiter und -arbeiterinnen der militärischen Werkstätten werden Civilärzte vertragsmässig angestellt. Die Krankenversorgung erfolgt nach den allgemeinen Reichsgesetzen. Vom Beginn der 14. Woche nach erlittenem Unfälle ab tritt unentgeltliche Behandlung durch Sanitätsofficiere und kostenfreie Verabreichung von Stärkungsmitteln aus Garnisonlazarethen ein (Friedens-Sanitäts-Ordnung § 4, 5 und Ziff. 15 der Erläuterungen zu Beilage 14).

Bei einigen Militärwerkstätten findet für die Arbeiter neuerdings Unterricht durch Aerzte in der ersten Hilfeleistung (sogenannter Samaritercursus) statt.

Für die Arbeiter und Arbeiterinnen der Artilleriedepots darf ärztliches Sanitätsmaterial aus Lazarethbeständen für die erste Hilfe niedergelegt werden (§ 37, 3). Verunglückten Leute bei einem Militärbau, welcher unter Leitung der Militärbehörde steht, so werden sie auch dann, wenn sie von einem Unternehmer gestellt sind, ebenso wie die auf militärischen Werften, in militärischen Pulver-, Gewehr-, Munitions- u. s. w. Fabriken Beschädigten, auf fiskalische Kosten in das betreffende Garnisonlazareth (nach Beilage 12, c 19) aufgenommen. Ueber die Krankenversorgung der bei Laboratorien und Werkstätten thätigen Militärpersonen bestimmt das Nähere § 37, 2 u. 3 der Friedens-Sanitäts-Ordnung.

#### f) Beurlaubtenstand und Bezirkscommandos.

Finden Uebungen von Mannschaften des Beurlaubtenstandes in geschlossenen Abtheilungen statt, so wird, das erforderliche Sanitäts-

personal nach § 37, 4 der Friedens-Sanitäts-Ordnung durch besondere Bestimmung zugeteilt.

Bei den Bezirkscommandos sind entweder Sanitätsofficiere etatsmässig oder commandirt. In Orten ohne Sanitätsofficier werden zum ärztlichen Dienste, einschliesslich der Behandlung der Familien, Civilärzte (§ 35, 3) vertragsweise angenommen, wobei man zunächst Sanitäts-officiere des Beurlaubtenstandes, sodann staatliche Sanitätsbeamte berücksichtigt.

#### g) Familien.

Die Fürsorge für erkrankte Frauen und Kinder von Heeresangehörigen geschieht in den einzelnen Staaten nach abweichenden Grundsätzen. In Deutschland gehört „die militärärztliche Behandlung der erkrankten Soldatenfrauen und Kinder“ nach § 12, 7 der „Friedens-Sanitäts-Ordnung“ zu dem Revierdienste. Der Ausdruck „Soldatenfrauen“ wurde von ausländischen Fachschriftstellern missverstanden und ist insofern unzutreffend, als es in den deutschen Garnisonen nur ausnahmsweise und wohl kaum jemals in Kasernen Soldatenfrauen giebt; es sind die Angehörigen von Unterofficieren und unteren Militärbeamten gemeint. Die kostenfreie Krankenpflege erstreckt sich nur auf solche Frauen und Kinder, welche im Haushalte ihrer Männer bzw. Väter leben, und besteht in der militär- oder specialärztlichen Behandlung, in der Gewährung von Heil- und Verbandmitteln, sowie in der Krankenhausaufnahme. Letztere erfolgt nur bei Geistesstörung oder ansteckenden Krankheiten und zwar lediglich in Civilanstalten. Die Einzelheiten finden sich in dem (am Ende dieser Arbeit abgedruckten) § 31 der Friedens-Sanitäts-Ordnung vorgeschrieben.

#### h) Officiere.

In Deutschland haben Officiere und Obermilitärbeamte nach § 4, 2 und 3 der Friedens-Sanitäts-Ordnung nur dann Anspruch auf kostenfreie militärärztliche Behandlung, wenn am Orte ein Sanitätsofficier vorhanden ist; ihre Familien nur dann, wenn die betreffenden Officiere zu Invalidenhäusern gehören. Arzneien und Verbandmittel erhalten Officiere und Oberbeamte unentgeltlich ausserhalb der Garnison an Orten, wo sich keine Civilapotheke befindet. Krankenhausaufnahme steht ihnen im Frieden lediglich in den in der Beilage 12 D und E zu § 64 der Friedens-Sanitäts-Ordnung vorgesehenen Fällen gegen Bezahlung zu. Die Aufnahme erfolgt nicht, wie dies bei activen Unterofficieren, Mannschaften, einjährig Freiwilligen u. dergl. geschieht, unbedingt. Auch sind die Kosten zu vergüten, und bei Officieren vom Hauptmann an aufwärts muss die Genehmigung des Generalcommandos vorliegen.

### K. Ausbildung im militärischen Krankendienste.

Das für die Krankenversorgung nöthige zahlreiche Personal der jetzigen Heere zerfällt in solches, dessen Lebensberuf die Heilwissenschaft oder die Arzneibereitungskunde oder die Krankenpflege bildet, ferner in solches, das nur während der Militärdienstzeit, aber während dieser ausschliesslich, zum Krankendienste verwandt wird, und endlich in solches, das man während des Heeresdienstes vorübergehend oder aushilfsweise zur Krankenversorgung heranzieht. Da jeder Soldat, wie jeder Mensch überhaupt, in die Lage kommen kann, bei plötzlicher Erkrankung oder bei einem Unfälle sich selbst oder einem Berufsgenossen oder überhaupt einem Mitmenschen helfen zu müssen, so schlug man neuerdings vor, alle Heeresangehörigen zur ersten Hilfeleistung auszubilden. Nicht nur in Kreisen, wo die Krankenpflege als eine Art nützlicher Sport betrieben wird, sondern selbst in militärischen Fachblättern (vergl. z. B. Dörmer im Militär-Wochenblatt 1896, No. 100, 103; 1897, No. 73) trifft man auf derartige Vorschläge. — Abgesehen von der Unausführbarkeit einer allgemeinen Hilfeleistungsunterweisung in einem Heere, wo die Meisten kaum zwei Jahre, Manche nur ein Jahr und darunter dienen, muss man bedenken, dass jede Vermehrung der Schülerzahl die Gefahr der Verflachung des Unterrichts mit sich bringt, und dass eine fehlerhafte erste Hilfe meist mehr schadet, als gänzlicher Mangel einer solchen. — Es wird daher der Hilfeleistungsunterricht sich zweckmässig auf Officiere und Unterofficiere beschränken, dagegen aufgeweckten Soldaten höchstens Gelegenheit geboten werden, sich z. B. durch Anschauung von Selbsthilfe darstellenden Wandtafeln oder sonst. Kenntniss einiger nützlichen Maassnahmen zu erwerben. Für den Frieden kommen derartige Hilfeleistungen von Mannschaften wenigstens in Deutschland kaum in Frage; die Friedens-Sanitäts-Ordnung (§ 7.4) beschränkt sogar die Thätigkeit selbst der in der ersten Hilfe eingehend ausgebildeten Krankenträger auf den Krieg. Vielleicht könnten aber in manchen Fällen ausgebildete Träger bereits im Frieden mit Nutzen thätig sein.

Was die Organisation des militärischen Krankendienstes im Ganzen betrifft, so bildet dieser in manchen Ländern eine einheitliche Sanitätstruppe. In Deutschland ist dies zur Zeit noch nicht der Fall, nur die Aerzte, die Lazarethgehilfen und Krankenwärter gehören zum Sanitäts-corps, dem die Apotheker und Krankenträger nicht zugezählt werden. Die Ergänzung geschieht nur bei den Krankenwärtern durch Aushebung: Lazarethgehilfen und Krankenträger werden aus den mit der Waffe ausgebildeten Mannschaften — soweit thunlich mit ihrer Zustimmung — entnommen. Aerzte und Apotheker dienen als solche im Frieden nur freiwillig, doch können für den Kriegsfall bei Bedarf auch Mannschaften und Officiere des Beurlaubtenstandes jeder Waffe als Aerzte zwangsweise designirt werden, desgleichen Mannschaften als Apotheker.

a) Aerzte.

Die Krankenversorgung im Heere verlangt selbstredend besonders hierzu ausgebildete Aerzte. Zu solcher Ausbildung gilt in Deutschland mit Recht der Waffendienst als unerlässlich. Dieser wurde durch § 5 der „Verordnung über die Organisation des Sanitätscorps“ vom 6. Februar 1873 für sämtliche Militärärzte des Friedens- und Beurlaubtenstandes vorgeschrieben und bewährte sich von Anfang an derart, dass über die grundsätzliche Zweckmässigkeit keinerlei Zweifel laut wurden. — Dagegen trifft man im Fachschriftthume abweichende Ansichten darüber an, ob, wie bisher, dem Arzte die Wahl der Waffengattung gestattet bleibe, bei welcher er der Dienstpflicht genügt, auch ihm erlaubt werde, bei guter Führung nach bereits sechs Monaten als einjährig freiwilliger Arzt — oder, falls der Betreffende noch nicht die Approbation erlangt hat, zunächst als Lazarethgehilfe der Reserve — zum Sanitätscorps überzutreten. Manche wünschen eine längere Waffendienstzeit und die Beschränkung der Wahl der Waffengattung zur Erlernung des Reitens auf berittene Truppen. Auch die Ausbildung der Aerzte beim Train erscheint Manchem wegen der Nothwendigkeit der Unterweisung im Fahrdienste für die Chefärzte der Feldlazarethe u. s. w. nöthig.

Der erwähnte Widerstreit der Ansichten über diese Fragen erklärt sich zumeist daraus, dass man nicht hinreichend die Verschiedenheit des Ausbildungszieles beachtet, je nachdem die eingestellten Aerzte entweder erstens nur ihrer Dienstpflicht genügen wollen, oder zweitens auf Beförderung im Beurlaubtenstande rechnen, oder drittens als active Sanitäts-officiere Anstellung wünschen. Für die letzteren ist die Art des Waffendienstes unwesentlich, da sie im Laufe ihrer Dienstzeit ohnehin Gelegenheit finden und gezwungen sind, sich im Reiten auszubilden. — Ebenso dürfte die Wahl der Truppenart bei Jedem, welcher auf Beförderung über den Unterarzt hinaus verzichtet, nur seine Verwendung für den Kriegsfall beeinflussen, im Frieden aber gleichgiltig sein. Vielleicht aber wäre es gerathen im Beurlaubtenstande nur solche Aerzte zu Sanitäts-officieren zu ernennen, welche bereits hinlängliche Reitfertigkeit erlangt haben. Es käme alsdann für diese der Waffendienst zu Fuss in den meisten Fällen ausser Frage.

Auch die Ansichten über den Ausbildungszweck bei der Frage der Verwendung einjährig freiwilliger Aerzte sind verschieden. Manche verlangen, dass letztere nur beim Lazareth dienen, da der Dienst im Revier und bei den Truppenübungen zu hohe Anforderungen stelle, wogegen im Krankenhause der Arzt Gelegenheit zur klinischen Weiterbildung fände und daher die Militärdienstzeit ihm u. A. auf das für den Civilarzt künftig verbindliche „practische Jahr“ angerechnet werden könne u. s. w. Berücksichtigt man die erwähnten Verschiedenheiten des Ausbildungszwecks, so erscheint eine Lazarethverwendung zwar für künftige active Sanitäts-officiere und für diejenigen Aerzte, welche auf

Beförderung im Beurlaubtenstande verzichten, zulässig. Erstere haben nämlich im Laufe ihrer weiteren Dienstzeit voraussichtlich Gelegenheit, den Truppendienst practisch kennen zu lernen, und letztere kommen selbst im Kriegsfall nur in Stellungen, wo die beim Waffendienste und bei der „theoretischen Instruction“ erworbenen Kenntnisse allenfalls ausreichen. Dagegen wird ein späterer Sanitätsofficier des Beurlaubtenstandes nur durch Einstellung als einjährig freiwilliger Arzt bei einem Truppentheile und durch Theilnahme an Truppenübungen die nöthige Ausbildung erlangen. Um letztere handelt es sich wesentlich, denn lediglich wegen erlangter militärischer Dienstkenntniss und nur in seltenen Ausnahmefällen wegen hervorragender wissenschaftlicher Leistungen wird ein Arzt des Beurlaubtenstandes befördert. Dabei erscheint es verkehrt, obwohl diese Ansicht selbst in Fachzeitschriften hin und wieder vertreten wird, von jedem militärischen Krankenhaus zu fordern, dass es eine Stätte klinischer Lehr- und Lernthätigkeit bilde. Denn die kleineren Garnisonlazarethe, welche die Mehrzahl der militärischen Krankenhäuser bilden, kommen schon deshalb nicht als klinische Anstalten in Betracht, weil schwere und wichtige Fälle unter den jungen und sorgsam ausgelesenen Mannschaften des Friedensheeres Ausnahmen sind. Dagegen finden selbst in kleinen Garnisonen die einjährig freiwilligen Aerzte bei der Truppe Gelegenheit zur Aneignung der einem Sanitätsofficier des Beurlaubtenstandes im Kriege bedürftigen Dienstfertigkeit.

Bei den zur Fachausbildung von Militärärzten in allen Staaten getroffenen Einrichtungen bildete früher — abgesehen von der Dienstkenntniss — die Kriegschirurgie den fast ausschliesslichen Lehrgegenstand. Seit der Mitte dieses Jahrhunderts kam die Gesundheitspflege hinzu, in welcher die Englische militärärztliche Schule zu Netley nicht nur die ärztlichen Fakultäten Grossbritanniens überragt, sondern auch ausserhalb dieses Landes als Muster einer medicinischen Lehranstalt gilt. Im letzten Jahrzehnte schloss sich an die Gesundheitslehre die Bakteriologie als selbstständige Disciplin an. — In Deutschland legt man bezüglich der militärärztlichen Fachbildung zur Zeit das Hauptgewicht auf die Fortbildungscurse, von denen solche für Assistenzärzte des Beurlaubtenstandes alljährlich an den Universitäten zu Bonn, Breslau, Freiburg, Giessen, Göttingen, Greifswald, Halle, Königsberg, Marburg, Rostock, Strassburg stattfinden. Hieran nehmen auch Assistenzärzte des Friedensetats Theil. Ausserdem werden alljährlich drei Curse von je dreiwöchiger Dauer zu Berlin, München und Dresden abgehalten und zwar je einer für active Oberstabsärzte, Stabsärzte und Assistenzärzte. Lehrgegenstände sind dabei — ausser der Kriegschirurgie — innere Kriegsheilkunde, Gesundheitspflege, Bakteriologie und andere ausgewählte Gebiete der Medicin. Ferner sind noch vorhanden die Instructionscurse für einjährig freiwillige Aerzte und Unterärzte, die Commandos an wissenschaftliche Anstalten zur Ausbil-

dung von Specialisten, die im Sanitätsofficiercorps bestehenden fachwissenschaftlichen Vereine und Fachbüchereien, die amtlichen wissenschaftlichen Veröffentlichungen u. s. w.

Zur Sicherstellung des Bedarfs an Militärärzten sahen sich fast alle grösseren und viele kleineren Staaten zu besonderen Maassnahmen genöthigt. Meist gründete man besondere militärärztliche Schulen, oder man zahlte an Studirende der Heilwissenschaft, welche sich zu mehrjährigem Dienste verpflichteten, einmalige oder fortlaufende Geldbeträge. Das Ergebniss dieser Einrichtungen war meist unbefriedigend. Die besonderen militärchirurgischen Bildungsanstalten, insbesondere in Deutschland und Oesterreich, erwiesen sich auf die Dauer im Vergleiche zu dem freien Universitätsstudium als minderwerthig. Die auf den meisten dieser Anstalten nebenbei ausgebildeten niederen Aerzte (Wundärzte, Aerzte II. Klasse, Officiers de santé) konnten den ärztlichen Bedarf des Landes höchstens quantitativ, nicht qualitativ, decken. (Ein klassisches Beispiel solch verkehrter Maassnahmen bot im vorigen Jahrhunderte die medicinische Abtheilung der hohen Karlsschule zu Stuttgart.) — Die erwähnte Gewährung von baaren Geldbeträgen an Universitätsstudirende ergab einen grossen Theil Misserfolge durch Tod, Nichtbestehen von Prüfungen oder heimlichen Verzug der Unterstützten. Wirksamer erwies sich die in Berlin durchgeführte Verschmelzung der militärärztlichen Bildungsanstalten mit der Universität und Beschränkung auf gemeinsames Wohnen unter einer gewissen Aufsicht über den Studiengang. In Frankreich versuchte man, Studirende der medicinischen Facultäten gegen Uebernahme der Studienunkosten und Unterstellung unter die Militärgerichtsbarkeit in den Garnisonlazarethen praktisch auszubilden.

Im Königreich Sachsen werden anstatt der Unterstützung Studirender an bereits approbirte und zu Sanitätsofficiern ernannte Aerzte gegen Uebernahme von Dienstverpflichtung Geldbeträge ausgezahlt. Dabei hatte man fast keine Verluste und konnte unter den Bewerbern nicht so leicht fehlgreifen.

In zahlreichen Culturstaaten bestehen sogenannte Altersgrenzen, über welche hinaus die betreffenden Militärpersonen nicht im Dienste verbleiben können. Neben der Altersgrenze sind in manchen Heeren noch Tüchtigkeitsvorschriften bezüglich der Erhaltung der Sehschärfe bei älteren Aerzten vorhanden.

#### b) Apotheker.

Man begegnet neuerdings häufig einer Unterschätzung der Wichtigkeit eines zuverlässigen pharmaceutischen Dienstes im Kriege und demzufolge auch beim Friedensheere. Es zeigten jedoch die Erfahrungen im Nordamerikanischen Secessionskriege, insbesondere der sich anschliessende Process Hammond, die Unerlässlichkeit eines wohl eingerichteten Apothekerwesens für jede grössere Armee und die Unthunlich-



keit, ein solches durch Improvisationen zu ersetzen. In der That haben auch sämmtliche Friedensheere Pharmaceuten, die häufig zum Sanitäts-corps gehören und in den höheren Stellen den Rang von Officieren, bezw. Stabsofficieren, bekleiden. In Deutschland stehen die Apotheker ausserhalb des Sanitätscorps als Militärbeamte. Auch war ihre Zahl in Preussen früher sehr gering, so dass der pharmaceutische Dienst fast durchweg durch solche Apotheker versehen wurde, welche noch in der Ableistung ihrer Wehrpflicht begriffen waren. Diese erhielten dafür das Recht, ohne Waffe als einjährig freiwillige Pharmaceuten zu dienen. Erst 1872 wurde jedem Armeecorps ein Corpsstabsapotheker zugetheilt. Ein einziger derartiger Beamter reichte aber für die grösseren Garnisonlazarethe, das Rechnungswesen, die pharmaceutische Aufsicht der auswärtigen Garnisonen und die Beschaffung der Heil- und Verbandmittel des gesammten Corpsbereichs, die Untersuchung von Gebrauchsgegenständen und für die Verwaltung der Kriegsvorräthe kaum aus, auch gab es im Falle der Erkrankung oder Beurlaubung keinen Stellvertreter. Hierzu kam in den letzten Jahrzehnten eine umfangreiche hygienische Arbeit, insbesondere die Nahrungsmitteluntersuchung. Dem entsprechend wurde der Corpsstabsapotheker durch die Friedens-Sanitäts-Ordnung (§ 85, 3) Vorstand der chemischen Abtheilung der Untersuchungsstation am Sitze des Sanitätsamtes. Da zu allen diesen Obliegenheiten, über welche der erste Abschnitt des Anhangs zur Friedens-Sanitäts-Ordnung das Nähere festsetzt, die Heranziehung von einjährig freiwilligen Apothekern aus nahe liegenden Gründen unzureichend erscheint, so nahm man neuerdings eine Verdoppelung der mit Gehalt dienenden 21 Pharmaceuten vor und stellte für jedes Armeecorps einen Garnisonapotheker an.

Die Ausbildung der Militärapotheker wird in Deutschland durch § 18 des Abschnittes 2 des vorerwähnten Anhangs zur Friedens-Sanitäts-Ordnung vorgeschrieben und beschränkt sich auf allgemeine Dienstverhältnisse, den Dienst in den Friedens- und Kriegslazarethen, die Rechnungslegung, die Verwaltung der Vorräthe, sowie auf die für den Krieg vorgeschriebenen und die im Frieden bei der Militärverwaltung üblichen chemischen Untersuchungsmethoden. Ueber die Unterrichtsgegenstände werden schriftliche Arbeiten angefertigt, auch vierteljährlich je 10 Wasseranalysen von Jedem ausgeführt. — Ausgeschlossen bleibt der Unterricht in pharmaceutischer Technik und im Dienste bei Feldlazarethen. (Seit einigen Jahren erhalten die einjährig freiwilligen Apotheker Gelegenheit, sich im Verwaltungsdienst der Feldlazarethe zu unterrichten und dadurch Aussicht auf die höher bezahlten Stellen von Inspectoren und Rendanten bei Kriegssanitätsformationen zu erlangen.

Im Oesterreich-Ungarischen Heere gehören die Apotheker nicht zur Sanitätstruppe, sondern sind Militär-Medicamenten-Beamte. Dazu zählen ausser einem Director: Verwalter, drei Classen Officiale, Accessisten. Der Friedensbestand betrug 1894 einschliesslich des Occupationsgebiets: 75 Beamte. Sie ergänzen sich aus unverheiratheten Ac-

cessisten der Reserve und Landwehr. Diejenigen einjährig freiwilligen Pharmaceuten, welche Magister der Pharmacie sind, dienen als Medicamenten-Praktikanten.

#### c) Beamte.

Die für die Krankenversorgung im Heere erforderlichen Beamten zerfallen in Deutschland in obere und untere; beide gehören zu den Civilbeamten der Militärverwaltung. Zu ersteren zählen die Lazarethoberinspectoren, Lazarethverwaltungsinspectoren, alleinstehende und nicht allein stehende Lazarethinspectoren. Sie sind sämmtlich lebenslänglich angestellt. Die nur auf Kündigung dienenden Unterbeamten zerfallen in Civilkrankenwärter, Hausdiener, Maschinisten und Heizer. Nicht zu den Beamten, sondern zu den Unterofficieren gehören in Deutschland die Lazarethrechnungsführer; Ueber die Einzelheiten, welche für den Zweck dieses Werkes belanglos sind und Bezugnahme auf das Heeresbeamtenwesen überhaupt erfordern, bestimmen die Abschnitte 5 und 6 des Anhangs zur Friedens-Sanitäts-Ordnung das Nähere. Ueber die Krankenwärter und Hausdiener vergleiche weiter unten (Seite 302 und 304 dieses Bandes).

#### d) Lazarethgehülfen.

Das dem Deutschen Heere eigenthümliche Institut der Lazarethgehülfen errichtete man in Preussen 1832 als das der Chirurgengehülfen zu dem Zwecke, ärztliche Handlanger bei den niederen chirurgischen Dienstverrichtungen und in der Krankenpflege zu gewinnen und so dem im Frieden mehr und mehr fühlbaren Mangel an Hülfssäzten abzuhefen, auch für den Krieg zur Unterstützung der Aerzte geeignete Leute heranzubilden. Die Lazarethgehülfen sind zur Zeit ihrer Zahl und Thätigkeit nach der Hauptbestandtheil des Krankenpflegepersonals des Heeres. Sie zählen etatsmässig zu den Truppentheilen und werden zu Krankenhäusern nur befehligt. Ihre allgemeinen Dienstverhältnisse und Obliegenheiten bestimmen der 1. und 2. Abschnitt des „Unterrichtsbuch für Lazarethgehülfen“ vom 17. Juli 1886, sowie der 3. Abschnitt des Anhangs zur Friedens-Sanitäts-Ordnung. Die Ergänzung geschieht ausschliesslich aus solchen activen Mannschaften, welche bereits etwa ein Jahr mit der Waffe gedient haben und hinreichende Volksschulbildung besitzen. Ausserdem werden Studenten der Medicin, welche nach halbjährigem freiwilligen Waffendienste zur Reserve des Sanitätscorps entlassen sind, zu Lazarethgehülfen ernannt; diese werden jedoch als solche im Frieden zu keinerlei Dienstleistungen einberufen, sondern entweder nach erlangter Approbation zum halbjährigen freiwilligen Dienste als Arzt oder ohne Approbation zu einem weiteren halbjährigen Waffendienste eingestellt.

Die Ausbildung der Lazarethgehülfen erfolgt nach den Bestimmungen der Beilage 89 zu § 24, 1 des Anhangs zur Friedens-Sanitäts-Ordnung in der seit 1890 im Garnisonlazarethe am Sitze des Divisionskommandos versuchsweise eingerichteten Lazarethgehülfenschule.

Der Unterricht umfasst Schreiben, Rechnen, Dienstkunde, Verbandtechnik, Improvisationen, Revierdienst und Krankenpflege. Nach halbjähriger Unterweisung erfolgt die Prüfung zum Unterlazarethgehilfen und im Falle des Nichtbestehens nach weiteren zwei Monaten die Zurückstellung in den Frontdienst.

Die Fortbildung findet garnisonweise im Lazarethe durch Unterrichtsstunden statt, welche für die Unterlazarethgehilfen mindestens zweimal, für Lazarethgehilfen einmal in der Woche abgehalten werden. Die aus dem Beurlaubtenstande zu Uebungen Herangezogenen erhalten gemeinsam Unterweisung über ausgewählte Abschnitte des Unterrichtsbuchs. Die nach abgeleiteter Dienstpflicht freiwillig weiter dienenden Capitulantanten werden ausserdem in der Capitulantenschule des Truppentheils in Schreiben, Lesen, Rechnen, Geographie und Geschichte unterwiesen. Die praktische Ausbildung in der Krankenpflege erfolgt hauptsächlich beim Kommando in das Lazareth. Weitere Ausbildungen geschehen im Krankenträgerdienste, ferner bei geeigneten Leuten in der Lazarethverwaltung oder als Rechnungsführer oder in der Lazarethapotheke. — Seit 1899 ist im deutschen Heere (und der Kriegsflotte) die Bezeichnung: „Lazarethgehilfe“ abgeschafft worden. Dafür heisst der bisherige Lehrling: „Sanitätssoldat“, der Unterlazarethgehilfe: „Sanitätsgefreiter“, der Lazarethgehilfe: „Sanitätsunterofficier“, der Oberlazarethgehilfe ohne Porteepee: „Sanitätssergeant“, mit Officiersporteepee: „Sanitätsfeldwebel“. Diese Abänderung wurde in den Vorschriften noch nicht im Einzelnen durchgeführt; es ist deshalb in diesem Abschnitte allenthalben die frühere Bezeichnung gebraucht worden.

In Frankreich entspricht dem Deutschen Lazarethgehilfen der Reviergehilfe (infirmier), in Italien die infirmieri. Oesterreich hat dafür den als Sanitätsrekruten ausgehobenen Bandagenträger und den Sanitätsgehilfen. — Am meisten sollen den Deutschen Lazarethgehilfen die Russischen Feldscheerer ähneln. Doch ist deren Wirksamkeit entsprechend ihrer andersgestalteten Ausbildung umfangreicher. Letztere geschieht nach einer Vorprüfung in einem Progymnasium durch einen dreijährigen Unterricht in einer Feldscheererschule, deren Alexander II. je eine zu St. Petersburg 1869, Moskau 1870 und Kiew 1871 errichtete.

#### e) Wärter.

Die Militär-Krankenwärter wurden in Preussen durch die Kabinettsordre vom 29. April 1852 dazu geschaffen, um für die Feldlazarethe mit der Krankenpflege vertraute Leute zu erlangen. Da sich die Einrichtung auch für den Frieden nützlich erwies, so suchte man allmählig den Bedarf der Garnisonlazarethe an Wartepersonal thunlich durch Militärkrankenwärter zu decken und diese nach und nach gänzlich an die Stelle der Civilwärter treten zu lassen. Dies ist zur Zeit ziemlich durchgeführt. — Die Dienstverhältnisse der Deutschen Militärkrankenwärter ergeben sich aus dem 4. Abschnitte des Anhangs zur Friedenssanitätsordnung, ihre mit den Zivilkrankenwärtern gemeinsame Dienstorganisation ist sich als Beilage 20 zu § 88, 7 derselben Ordnung

abgedruckt. Neben der Krankenpflege haben sie in denjenigen Krankenhäusern, bei welchen Hausdiener fehlen, einige von deren Obliegenheiten, wie Heizen und Holzzerkleinern, mit zu besorgen. Bezüglich der Ausbildung der Militärkrankenwärter ist zu beachten, dass sie die einzigen zum Sanitätsdienste ausgehobenen Leute sind. Sie werden deshalb zunächst militärisch unterwiesen und zwar sechs Wochen lang bei einem durch das Generalcommando bestimmten Truppentheile ihrer Garnison oder vom Polizei-Unterofficier oder von einem Lazarethgehilfen des Lazareths. Der Unterricht in der Krankenpflege dauert in der Regel sechs Wochen und wird meist von denjenigen Sanitätsofficieren ertheilt, welche die Lazarethgehilfen unterrichten. Jeder Militärkrankenwärter erhält neben der Dienstanweisung das „Unterrichtsbuch für Lazarethgehilfen“. — Zur Sicherung des Bedarfs des Kriegsheeres wird nur einem Viertel der Militärkrankenwärter das freiwillige Weiterdienen im Frieden erlaubt. Mit der Waffe dienende Mannschaften des activen Dienststandes, jedoch nicht einjährig Freiwillige, dürfen sich im Frieden zum Krankenwärterdienste melden. Auf höchstens 25 Köpfe der Normalkrankenzahl kommt etatsmässig ein Wärter.

Ueber die Dienstverhältnisse der Civilkrankenwärter der Militärlazarethe bestimmt § 49 des Anhangs zur „Friedens-Sanitäts-Ordnung“ das Nähere. Diese Leute werden mehr als die für den Feldsanitätsdienst bestimmten Militärkrankenwärter mit wirthschaftlichen Arbeiten beschäftigt und deshalb (nach § 88, 5 der Friedens-Sanitäts-Ordnung) nur ausnahmsweise zu Krankenwachen, auch stets nur von Mittag bis Mitternacht, herangezogen. Die Anstellung erfolgt nach den „Grundsätzen für die Besetzung der Subaltern- und Unterbeamtenstellen“ aus Militäranwärtern auf eine halbjährige Probezeit und darnach auf sechswöchentliche Kündigung.

Bei den fremden Heeren, welche auf allgemeiner Wehrpflicht beruhen, werden die Krankenwärter meist durch Aushebung gewonnen; hier und da verwendet man hierzu Leute solcher Secten, welche den Waffendienst aus religiösen Gründen verweigern. Bisweilen entnimmt man die Krankenwärter grundsätzlich dem Train, oder wo dieser, wie in Norwegen, im Frieden fehlt, der Linie. Auch aus activen Unterofficieren entnehmen manche Heere den Wärter-Ersatz.

#### f) Träger.

Zum Wegtragen der Verwundeten und zur ersten Hilfe im Gefechte bedarf das Heer Träger, über deren Ausbildung im Frieden die Meinungen wesentlich auseinandergehen. Auf der Erfahrung fussend, dass bei manchen Gefechten die kämpfende Truppe keine oder nur wenige Verwundete hat, bestimmte man die Krankenträger zwar bereits im Frieden und bildete sie im Einzelnen als solche aus, entnahm sie aber, wie dies in Deutschland noch geschieht, den mit der Waffe dienenden Mannschaften und liess sie, soweit sie sich bei der Truppe befanden und solange sie als Träger unbeschäftigt blieben, mit der Waffe kämpfen. — Nun gehen aber die meisten Träger durch Verwendung bei den Sanitäts-

Detachements u. s. w. für die Truppe überhaupt verloren und auch die bei letzterer verbleibenden müssen bei der heutigen zerstreuten Gefechtsweise (nach § 3, 2 der Krankenträgerordnung vom 21. December 1887. schon vor dem Beginne des Gefechts herangezogen werden, damit sie bei Bedarf überhaupt für den Verwundetendienst verfügbar sind. Es treten also auch die Truppenkrankenträger (Hilfskrankenträger) in der Schlacht fast nie als Streitende in Thätigkeit.

Aus letzterem Grunde hebt man bei manchen Heeren, wie z. B. in Oesterreich, die Blessirtenträger als solche aus und stellt sie von vornherein in die Sanitätstruppe ein, wodurch man die Infanterie der Mühe überhebt, Leute unnöthig mit der Waffe auszubilden. In England unterstellt man die Träger in dem Army hospital corps sogar Officieren, welche eigens als Lieutenants of orderlies in Krankenhausverwaltung, Pharmazie und Krankentransport sowohl unterrichtet als auch geprüft worden sind und bis zum Captain aufrücken können.

In Deutschland werden, wie (Seite 296) bereits erwähnt, die Krankenträger zur Krankenversorgung im Frieden nach § 7, A, 4 der Friedens-Sanitäts-Ordnung grundsätzlich nicht verwandt; es fällt deshalb auch die Besprechung der Krankenträger-Ausbildung unter Abschnitt V 1 b der II. Abtheilung dieses Bandes.

#### g) Hausdiener.

Zur Besorgung der Hausarbeit war in den preussischen Militärkrankenhäusern von 61 bis 250 Kranken ein Hausknecht etatsmässig, in grösseren Lazarethen deren zwei. Die Friedens-Sanitäts-Ordnung (§ 165, 2) gestattet dafür, dass in Lazarethen für mehr als 40 Kranke zum Heizen, zur Besorgung der Brennstoffe, zur Zimmer- Treppen- u. s. w. Reinigung Hausdiener angestellt werden, welchen (nach § 76, 2 des Anhanges) eine besondere Dienstanweisung zu erteilen ist.

#### h) Hülfsmannschaft, Freiwillige, Geistliche.

Bei ausgedehnten Seuchen, insbesondere beim Auftreten der Grippe, macht sich bisweilen die Heranziehung von solchen Mannschaften erforderlich, welche im Krankendienste nicht ausgebildet sind. — Auch werden hie und da Wärter der freiwilligen Krankenpflege-Gesellschaften in Militärlazarethen unterwiesen. Endlich findet nach § 9, 5 der Friedens-Sanitäts-Ordnung in grösseren Lazarethen eine Ausbildung von freiwillig sich meldenden Geistlichen des Beurlaubtenstandes statt.

Diese Ordnung (§ 240, 2) gestattet die Annahme von „Hülfs-Unterpersonal“ gegen ortsüblichen Tagelohn; es dürfte sich dies auch auf Civilkrankenwärter beziehen, während Civil-Heildiener in der Regel nur für Kriegslazarethe in Frage kommen, und die Einstellung von Mannschaften als Hülfswärter (§ 87, 4; Anhang § 34, 5 \*) untersagt ist.

### i) Weibliche Personen.

Bereits die Heere der Landsknechte verwandten die weibliche Hilfe der Soldatenfrauen und „Hurn“ mit Nutzen zur Pflege der Verwundeten. In der neueren Zeit beschränkte sich die Frauenthätigkeit im Kriege nicht auf Pflege und Wartung, sondern suchte sich auf die Leitung des Krankenwesens und sogar auf die militärärztliche Thätigkeit selbst zu erstrecken. Aus dem Deutsch-Französischen Feldzug 1870/1 behauptet eine Frau, (Marie Simon, Erfahrungen auf dem Gebiete der freiwilligen Krankenpflege, Leipzig 1872, Seite 295) dass sie in Feldspitälern transportfähige Kranke ausgewählt habe; im serbisch-türkischen Kriege 1876 wird von Weibern als Aerztinnen im Premierlieutenants-Ränge und sogar von einer alten Frau als „Abtheilungs-Chefarzt“ (v. Fillenbaum, Aphorismen, Streffleur's Oesterreichische militärische Zeitschrift, 1877) berichtet. — Ein Versuch, den Russland mit weiblichen Militär-Aerzten im Kaukasus machte, zeigte ein unbefriedigendes Ergebniss. In den Vereinigten Staaten von Nordamerika, wo den Frauen mehr, als irgendwo, Berufszweige offen stehen, stellte man bis 1898 nicht nur keine Militär-ärztinnen ein, sondern hielt während des Secessionskriegs sogar weibliche Krankenpflege bei den Krankenhäusern des Heeres für ungeeignet. Erst im erwähnten Jahre gelang es während des Krieges gegen Spanien Frauen Einstellung als Aerztinnen im Heere zu erlangen. An Bestrebungen der Doctrices und Aerztinnen, im Heere Verwendung zu finden, wird es voraussichtlich auch bei künftigen Kriegen nicht fehlen; für die Friedensheere kommt die weibliche Thätigkeit zur Zeit nur hinsichtlich der Krankenpflege und -wartung und der Wirthschaft in Betracht.

Die Friedens-Sanitäts-Ordnung führt ausser den Krankenpflegerinnen von weiblichen Hilfskräften Flickfrauen (§ 165, 4; 190, 2; 240, 3 Anmerkung), Waschweiber (ebenda und 191,2) und Köchinnen (§§ 202, 3; 205, 4; 239; 7. Abschnitt des Anhangs) an, auch wird gestattet, dass Frauen der Unterbeamten (§ 190, 3) gegen Tagelohn mit Ausbesserung und Reinigung der Lazarethwäsche beschäftigt werden. — Krankenpflegerinnen geistlicher Genossenschaften werden (nach den in der Beilage 18 zu § 87,3 angeführten „Gesichtspunkten“) nur in Lazarethen von mehr als 100 Kranken zugelassen. Der Dienst dieser Pflegerinnen richtet sich nach der mit der Genossenschaft getroffenen Vereinbarung (§ 88, 8), desgleichen die Beköstigung (§ 205, 3) und Bezahlung (§ 238). Ueber die Ausbildung der Krankenpflegerinnen besteht keinerlei Vorschrift.

## Anhang.

## Die auf die Krankenversorgung im deutschen Heere bezüglichen Vorschriften.

NB. Die Sonderv Verfügungen, welche nur auf eine Einzelheit Bezug nehmen, sind nicht förmlich angezogen werden, blieben in nachstehender Uebersicht weg. In Bezug auf F. S. O. = Friedens-Sanitäts-Ordnung vom 10. Mai 1881. E. S. O. = Kriegs-Sanitäts-Ordnung vom 10. Januar 1878.

Abschnitt			Verfügung	
Bezeichnung.	Ueberschrift.	Seite.	Bezeichnung.	Inhalt.
A	<b>Meldung von Erkrankungen.</b>	254	F. S. O. § 15.	Führung der Kranken nach dem
B	<b>Arztliche Untersuchung.</b>	255	„ § 16, 4.	Der Revierdienst ist so einzurichten, in der Revierkrankeinstellung
do.	do.	„	„ § 14, 4.	In kleinen Garnisonen ist der Revierdienst im Lazareth zu führen
do.	do.	„	„ § 14, 3.	Ausstattung der Revierstationen
do.	do.	„	„ Beilage 12 zu § 64.	Nachweisung der im Militärdienst zunehmenden.
do.	do.	256	„ § 15, 2.	Revierbehandlung entspricht der
do.	do.	„	„ § 17, 2.	Arznei- und Verbandmittel-Vorräthe für einjährig Freiwillige
do.	do.	„	„ § 120.	Verrechnung der Ausgaben für künstlicher Glieder und Prothesen
do.	do.	„	„ § 119, 3.	Verabreichung von Arznei und Material zur ersten Hülfe
C	<b>Revier.</b>	„	„ § 12, 2.	Ueberweisung ins Revier, wenn vom Dienste oder Lazareth
do.	do.	„	„ Beilage 10, Muster a, 7. Bemerkung.	Begriff: Revierkranker.
do.	do.	257	F. S. O. § 14, 2.	Beginn des täglichen Revierdienstes
do.	do.	„	„ § 27, 2*** Anmerkung 2.	Verlegung der Kranken bei Garnison-Gebäude-Ordnung, 1. Theil, vom 19. Dec. 1889. — § 29.
do.	do.	„	„ § 29.	Zahl, Grösse, Lage, Beschaffenheit der Revierkrankeinstellung
do.	do.	„	F. S. O. Beilage 3, 3 zu § 16, 1.	Ausstattung u. s. w. der Revierstationen
D	<b>Krankenbeförderung.</b>	259	„ § 67.	Ueberführung der Kranken nach Lazareth.
do.	do.	„	„ Beilage 37 zu § 175, 3; B. 82.	Beschreibung der Krankenträger
do.	do.	„	Ebenda 337, Nachtrag I, No. 160.	Beschreibung der Todtenträger

Abschnitt		Verfügung	
Überschrift.	Seite.	Bezeichnung.	Inhalt.
<b>Krankenhaus,</b>	260	F. S. O. III. Theil, §§ 41 bis 317.	Lazarethdienst.
Schriftthum.			
Baustelle.	262	F. S. O. § 1, 3 der Beilage 11 zu § 42, 5.	Anforderungen an den Untergrund des Krankenhauses.
Grösse.	„	F. S. O. § 42.	Bedarf an Garnisonlazarethen, Berechnung des Umfanges.
do.	„	„ § 45.	Unterbringung in Civilheilanstalten.
do.	263	„ § 43.	Hilfslazarethe.
Krankengebäude.	„	„ §§ 2—6, sowie 11 u. 12 der Beilage 11.	Grundsätze für den Neubau von Krankengebäuden, Pavillons u. s. w.
Krankenzimmer.	264	Ebenda §§ 13—17.	Krankenzimmer.
do.	„	F. S. O. Beilage 36 zu § 175, 1.	Etat an Wirthschaftsgeräthen für Garnisonlazarethe.
Baracke.	265	„ § 46, 3.	Krankenbaracke für Ortslazarethe.
do.	„	K. S. O. Anlage § 65.	Noth- oder Zeltbaracke.
do.	„	Ebenda Anlage § 66.	Kriegsbaracke mit Abbildung auf Blatt II.
do.	„	F. S. O. Beilage 11a zu § 43, 2.	Transportable Lazarethbaracken (verbessertes Döcker'sches System) mit Abbildung, Grundriss, Längsschnitt u. s. w.
Nebenräume.	„	„ § 106.	Ankauf von Arznei u. s. w. im Verdingungswege.
do.	„	„ § 99.	Zweck des Sanitätsdepot.
do.	„	„ § 105.	Festungslazarethdepot.
do.	267	„ Absatz 3d der Beilage 18 zu § 87, 3.	Lazarethwohnungen der Pflegerinnen.
do.	„	F. S. O. § 190, 3; 191, 2. Anmerkung.	Beschäftigung der Beamtenfrauen gegen Tagelohn.
do.	„	§ 11 der Beilage 89 zu § 24, 1 des Anhanges zur F. S. O.	Unterrichtsraum der Lazarethgehilfenschule.
do.	268	F. S. O. § 85.	Hygienisch-chemische Untersuchungsstation.
do.	„	„ Beilage 26A. Vorbemerkung 11, 1b, 11b; C.	Etat der hygienisch-chemischen Untersuchungsstation.
do.	„	F. S. O. Anhang § 10.	Hygienische und chemische Untersuchungen.
do.	„	„ § 27 der Beilage 11 zu § 42, 5.	Zimmer für die hygienisch-chemische Untersuchungsstation.
do.	„	F. S. O. § 124.	Lazarethbibliothek für Kranke.
do.	„	1. Nachtr. vom April 1896 zur F. S. O. (No. 41).	Aerztliche Bibliothek in jedem Korpsbezirke.



A b s c h n i t t			V e r f ü g u n g	
Be- zeich- nung.	Ueberschrift.	Seite.	Bezeichnung.	Inhalt.
E, i	Krankenhaus, Küche, Wasch- anstalt, Abfall- beseitigung.	268	F. S. O. § 8 der Beilage 11 zu § 42, 5.	Lazarethwirthschaftsräume.
do.	do.	„	Ebenda § 19, 2.	Lazarethlatrinen.
do.	do.	„	Desgleichen § 18—20.	Latrinen, Uriniranlagen, Spülbecken.
do.	do.	„	F. S. O. § 3 der Beilage 34 zu § 140, 4.	Geruchverbessernde Mittel und Verwendung.
E, k	Hof, Garten, Einfriedigung.	269	F. S. O. § 41, 1 der Beilage 11 zu § 42, 5.	Einschränkung der Wege und H.
do.	do.	„	F. S. O. § 142, 3.	Schutz der Gartenanlagen vor Ver- nügung und Beschädigung.
do.	do.	„	„ § 174.	Behandlung und Benutzung des
do.	do.	„	„ § 38, 6 der Beilage 11 zu § 42, 5.	Hydranten gegen Feuergefahr
do.	do.	„	F. S. O. § 41, 3 bis 41, 7 der Beilage 11.	Gartenbesprengung. Art der Gartenanlagen: Waschl- platz; Garten der Aerzte und Gartenentwurf.
do.	do.	„	Garnison-Gebäude-Ordnung, 1. Theil, vom 19. Dec. 1898, § 39.	Verbot, an Umzäunungen Ver- zum Zwecke der Verletzung
E, l	Bad.	270	F. S. O. Beilage 4 zu § 17, 4.	fugtem Uebersteigen anzulie- Bade- und Brunnenkuren.
E, m	Irrenanstalt, Siechenhaus.	271	„ § 131, 1.	Abgabe von Kranken an das Ir-
do.	do.	„	Pensionsgesetz vom 27. Juni 1871; § 64.	Aufnahme in Invalideninstitut
do.	do.	„	Dasselbe § 78.	validenversorgung. Invalideninstitute, Invalidenbä- Invalidencompagnien. Entlassung.
E, n	Geneshaus, Seuchenhaus.	272	F. S. O. § 5, 4 der Beilage 11 zu § 42, 5.	Tageraum in zweigeschossigen
do.	do.	„	F. S. O. § 121, 4.	Aufenthalt nicht bettlägeriger und Beschäftigung Genesender oder in der Landwirthschaft.
do.	do.	„	„ Absatz 3 der Vorbe- merkungen zu Beil. 36.	Tische und Stühle der Reconva- stuben.
do.	do.	„	F. S. O. § 152, 4.	Seuchenlazareth.
E, o	Ortslazareth,	273	„ § 21, 2.	Unterbringung Kranker bei Übungen und auf Schiessplätzen
do.	do.	„	„ § 175, 5.	Ausstattung der Hilfs- und Orts-
do.	do.	„	„ § 46.	Einrichtung, Auflösung u. s. w. lazarethe.

I n h a l t		V e r f ü g u n g	
Leberschrift.	Seite.	Bezeichnung.	Inhalt.
Krankenhaus, Ortslazareth.	273	F. S. O. § 47.	Schiessplatzkrankenhaus.
Festungslazareth.	274	„ § 105.	Material der Festungslazareth.
do.	„	„ § 115, 3.	Prüfung und Reinigung der ärztlichen Instrumente der Festungslazareth.
do.	„	„ § 185, 3.	Aufbewahrung überzähliger Geräthe der Festungslazareth.
do.	„	„ § 189, 3.	Auffrischung der Wäsche der Festungs- lazarethdepots.
do.	„	„ § 273, 4.	Buchführung über das Material der Festungslazarethdepots.
do.	„	„ § 280.	Verrechnung der Unterhaltungskosten desselben Materials.
do.	„	„ § 301, 2.	Verfahren mit den Abrechnungen der Festungslazarethdepots.
do.	„	„ § 310.	Besichtigung der Festungslazarethdepots durch den Corpsarzt.
do.	„	„ § 43, 1 der Bei- lage 11 zu § 42, 5.	Feuer- und bombenfeste Einrichtung der Festungslazareth.
do.	„	Ebenda § 1, 5.	Abweichung von den Vorschriften über Grösse des Lazarethbauplatzes bei Festungen.
do.	„	Reglement für die Frie- denslazareth vom 5. Juli 1852; § 59 der Beilage F zu § 120.	Bombensicherheit der Festungslazareth.
do.	„	F. S. O. § 13, 1 der Bei- lage 11 zu § 42, 5.	Luftraum, Höhe und Bodenfläche der Krankentuben.
do.	„	K. S. O. Beilage d zu § 30, 1.	Convention, betreffend die Linderung des Looses der verwundeten Militärper- sonen vom 22. August 1864, nebst Zu- satzartikeln vom 20. October 1868.
Krankenkost.	275	F. S. O. Beilage 14 zu § 84, 1.	Beköstigungsvorschriften für die Frie- denslazareth.
do.	„	„ § 203, 3.	Bestimmung der Stunde der ausser- gewöhnlichen Verpflegung durch den Chefarzt.
Kranken- kleidung.	276	F. S. O. A 1 bis 31 der Beilage 36 zu § 175, 1.	Etat an Wäsche und Kleidungsstücken für Garnisonlazareth.
do.	„	F. S. O.; A 2 der Bei- lage 37 zu § 175, 1.	Beschreibung der Pantoffeln für Garni- sonlazareth.
Krankenhaus, Leitung.	„	Preussische Cabinets- Ordre vom 24. Oct. 1872.	Einführung von Chefarzten in die Frie- denslazareth.

A b s c h n i t t			V e r f ü g u n g	
Bezeichnung.	Ueberschrift.	Seite.	Bezeichnung.	Inhalt.
E, s	Krankenhaus, Leitung.	277	Preussische Cabinets-Ordre vom 6. Februar 1873 nebst Ausführungsbestimmungen vom 9. April 1873.	Organisation des Sanitätscorps.
do.	do.	„	F. S. O. § 59.	Dienstbereich des Chefarztes.
do.	do.	„	„ § 74, 3.	Befreiung des Chefarztes vom dienste in Lazarethen über 10
do.	do.	„	„ § 57, 1.	Wechsel des Chefarztes.
E, u	Aufsicht.	279	„ § 169, 2.	Jahresberichte der Chefarzte
do.	do.	„	„ § 48.	sundheitswidrige Bauverhältn
do.	do.	„	„ § 50, 1.	Ressortverhältniss der Militä zur Medicinalabtheilung des
E, v	Bauentwurf.	„	„ § 42, 5.	sehen Kriegsministeriums.
do.	do.	„	„ Beilage 11a zu § 43, 2.	Verwaltung der Militärlazare
F	Krankenberichte.	280	„ Beilage 10 zu § 33, 1.	das Sanitätsamt und die I
do.	do.	„	„ Beilage 24 zu § 91, 1.	des Armeecorps.
do.	do.	„	„ Beilage 22 zu § 89, 4.	Grundsätze für den Neubau
do.	do.	281	„ Beilage 23 zu § 90, 1.	sonlazarethen.
do.	do.	„	Anlage zu dieser Beilage.	Siehe zu Seite: 264.
G	Statistik.	282	F. S. O., 4. Bemerkung zu Muster a in Beilage 10 zu § 33, 1.	Anweisung zur regelmässigen
do.	do.	283	F. S. O. Nachtrag I vom April 1896, No. 28.	Berichterstattung (mehrfache
II	Krankendienst bei Uebungen.	290	F. S. O. § 16, 5.	Tagesrapport des Garnisonlaz
do.	do.	„	„ § 18, 5.	Stationskrankenliste.
do.	do.	„	„ Beilage 26; B, c, 164.	Krankenblatt.
do.	do.	„	„ § 18, 1.	Fiebertafel.
				Berichte über Uebungsmannsc
				geändert).
				Berechnung der Normalkranke
				Dienstverrichtungen des Lazar
				der Revierkrankenstube.
				Ausgabe von Verbandpäck
				Uebungen in der Garnison.
				Inhalt des Rettungskastens der
				anstalt.
				Lazarethgehilfendienst beim S

s c h n i t t		V e r f ü g u n g	
Berschrift.	Seite.	Bezeichnung.	Inhalt.
nkendienst	290	F. S. O. § 19.	Sanitätsdienst bei Uebungen ausserhalb der Garnison.
Uebungen.			
do.	„	K. S. O. Beilage 5 zu § 63.	Medicinisch-chirurgischer Etat (vielfach abgeändert).
do.	291	F. S. O. § 47, 3 * Anmerkung.	Krankenwagen des Artillerieschiessplatzes.
do.	„	„ § 19, 11.	Krankenwagen bei Truppenübungen.
do.	„	„ § 20, 6.	Vorspannwagen für Kranke bei Truppenübungen.
do.	„	„ § 21, 3 bis 5.	Abgabe Kranker an die Ortsbehörde.
sonderer	293	Unterrichtsbuch für Lazarethgehilfen vom 17. Juli 1886, § 228 u. 229.	Irrenpflege.
nkendienst.			
stesranke.			
seuchen.	„	F. S. O. § 154.	Kranke mit ansteckenden Leiden.
fängnisse.	294	„ § 12, 1 * Anmerkung.	Revierdienst in Strafanstalten.
litärische	„	„ § 4, 5.	Unentgeltliche Behandlung verunglückter Civilarbeiter der Heerverwaltung von der 14. Woche ab.
rkstätten.			
do.	„	„ Ziffer 15 der Erläuterungen zu Beilage 14.	Ausgabe von Stärkungsmitteln von den Garnisonlazarethen an im Heeresdienste verunglückte Civilarbeiter.
do.	„	F. S. O. Beilage 12, c 19 zu § 64.	Aufnahme verunglückter Arbeiter der Heeresverwaltung in Militärlazarethe.
do.	295	„ § 37.	Aerztlicher Dienst bei Anstalten ohne etatsmässiges Sanitätspersonal.
do.	„	„ § 35, 3.	Aerztlicher Dienst bei Bezirkscommandos.
amilien.	„	„ § 12, 7.	Aerztliche Behandlung kranker Soldatenfrauen und -kinder.
Bezirks-	„	„ § 31.	Dasselbe.
mmandos.			
fficiere.	„	„ § 4.	Aerztliche Behandlung kranker Officiere und Obergarnisonbeamter.
do.	„	„ Beilage 12 zu § 64.	Nachweisung der in Militärlazarethe Aufzunehmenden.
sbildung.	296	„ § 7, A. 4.	Krankenträger treten erst im Kriege in Thätigkeit.
Arzt.	297	Preussische Cabinetsordrev. 6. Februar 1873.	Siehe Seite 277.
potheker.	300	F. S. O. § 85, 3.	Chemische Abtheilung der hygienisch-chemischen Untersuchungsstation.
do.	„	„ 1. Abschnitt des Anhangs.	Corpsstabsapotheker.

Abschnitt			Verfügung	
Bezeichnung.	Unterschrift.	Seite.	Bezeichnung.	Inhalt.
K, b	Ausbildung. Apotheker.	300	F. S. O. § 15 des 2. Abschnittes des Anhanges.	Unterricht der einjährig-freiwilligen Apotheker.
K, c	Beamte.	301	F. S. O. Abschnitt 5 u. 6 des Anhanges.	Lazarethbeamte und Bedienstete.
K, d	Lazarethgehilfen.	„	Preussische Cabinetsordre vom 17. März 1852.	Einrichtung des Instituts der Lazarethgehilfen.
do.	do.	„	Unterrichtsbuch für Lazarethgehilfen. 1. und 2. Abschnitt.	Dienstverhältnisse. Erfordernisse der Lazarethgehilfen.
do.	do.	„	F. S. O. Beilage 89 zu § 24. 1 des Anhanges.	Bestimmungen über die Ausbildung der Lazarethgehilfen.
K, e	Krankenwärter.	302	Preussische Cabinetsordre vom 29. April 1852.	Einrichtung des Instituts der Krankenwärter.
do.	do.	„	F. S. O. Beilage 20 zu § 88, 7.	Dienstanweisung für die Krankenwärter in den Friedenslazarethen.
do.	do.	303	„ § 49 des Anhanges.	Lazarethunterbeamte.
do.	do.	„	„ § 88, 5.	Wachtdienst der Civilkrankenwärter.
K, f	Träger.	304	Krankenträger-Ordnung vom 21. December 1887, § 3, 1.	Ersatz und Frontdienst der Träger nach der Genfer Convention geschützt.
do.	do.	„	F. S. O. § 7, A, 4.	Siehe Seite 296.
K, g	Hausdiener.	„	„ § 165, 2.	Einstellung von Hausdienern in Lazarethen für mehr als 40 Kranke.
do.	do.	„	„ § 76, 2 des Anhanges.	Dienstanweisung der Hausdiener.
K, h	Hilfsmannschaft etc.	„	„ § 9, 5.	Ausbildung von freiwilligen Helfern u. s. w. in grösseren Lazarethen.
do.	do.	„	„ § 240, 2.	Annahme des Hilfsunterpersonals Tagelohn.
K, i	Weibliche Personen.	305	„ § 165, 4.	Annahme von Köchinnen, Waschkfrauen.
do.	do.	„	„ § 190, 2.	Ausbesserung der Lazarethwaschkleider.
do.	do.	„	„ § 191, 2.	Reinigung der Krankkleider und Wäsche.
do.	do.	„	„ § 240, 3 **Anmerkung.	Krankenversorgung der Waschkfrauen.
do.	do.	„	„ § 202, 3.	Unterstützung der Köchin durch Krankenwärter, Hausdiener und Genesende.
do.	do.	„	„ § 205, 4.	Beköstigung unverheiratheter Krankenwärter.

A b s c h n i t t		V e r f ü g u n g	
Überschrift.	Seite.	Bezeichnung.	Inhalt.
Ausbildung, Weibliche Personen	305	F. S. O. § 239.	Lohn der Köchinnen.
do.	„	„ 7. Abschnitt des Anhanges.	Bedarf, Annahme, Gebühren, Pflichten und Entlassung der Köchinnen.
do.	„	„ § 190, 3.	Beschäftigung von Beamtenfrauen gegen Tagelohn (siehe Seite 268).
do.	„	„ Beilage 18 zu § 87, 3.	Zulassung von Pflegerinnen geistlicher Genossenschaften in Militärlazarethen.
do.	„	„ § 88, 8.	Dienst der Pflegerinnen.
do.	„	„ § 205, 3.	Beköstigung der Pflegerinnen.
do.	„	„ § 238.	Kosten für Pflegerinnen.

# Specielle Krankenversorgung.

## V. Für Soldaten.

### 1. Beim Landheer.

#### b) Im Kriege.

Von

Stabsarzt Dr. Neumann in Bromberg.

Motto:  
Das sei dir unverloren  
Fest, tapfer alle Zeit.  
Verdien dir deine Sporen  
Im Dienst der Menschlichkeit.  
Rundum der Kampf aufs Messer.  
Lern du zu dieser Frist.  
Dass Wunden heilen besser.  
Als Wunden schlagen ist.  
Freiligrath

#### Kriegskrankenpflege.

Der Darstellung der Kriegskrankenpflege und Krankenversorgung im Kriege schicke ich voraus, dass die grundlegenden Bestimmungen in der Kriegssanitätsordnung von 10. Januar 1878 gegeben sind. Die Kriegssanitäts-Ordnung erfuhr eine Weiterung und Erläuterung in der Kriegsetappenordnung vom 3. September 1887, in der Krankenträgerordnung vom Jahre 1888 und ihren Beilagen, in der Felddienstordnung und in denjenigen Dienstvorschriften, die für den Mobilmachungsfall bestimmt und zum Dienstgebrauch zur Verfügung stehen.

Es handelt sich für das Handbuch darum, einen allgemeinen Ueberblick zu geben, für die Einzelheiten muss, wie dies auch in der Darstellung gesagt auf die Dienstvorschriften verwiesen werden; insbesondere wird für die Verwaltung in der Krankenpflege ein eingehendes Studium der Bestimmungen selbst nothwendig werden.

In Bezug auf die übrige Literatur verweise ich auf das allgemeine Verzeichniss am Schluss des Handbuchs; die geschichtlichen Angaben sind zum Theil den Werken von Richter, Schickert, Froelich und Myrdacz entnommen.

Pirogoff hat den Krieg eine traumatische Epidemie genannt. Um

die furchtbaren Schrecken des Krieges des „rohen und gewaltsamen Handwerks“ zu mildern sind zwei Faktoren nothwendig, ein völkerrechtlicher Faktor, der den Grundsatz aufstellt, dass der kranke und verwundete Feind kein Feind mehr ist, und der staatliche Kriegskrankenpflegeapparat, den die mobile Armee anbietet, um die Wunden zu heilen, die der Krieg schlägt. Der gesammten Kriegskrankenpflege gemeinsam ist das Genfer Zeichen, das rothe Kreuz (fünf Quadrate) auf weissem Grund, eine internationale Flagge, das sichtbare Symbol der Genfer Uebereinkunft vom 22. August 1864. Den Anstoss zur Genfer Convention gab Henry Dunant in seinem Souvenir de Solferino von 1862, worin er als Augenzeuge der Schrecken das Loos des verwundeten Kriegers mit warmer Empfindung schildert. Der ideale Gedanke ist eine der edelsten Errungenschaften fortschreitender Humanität. Die praktische Ausführung stiess auf mancherlei Schwierigkeiten. Eine Reihe von Bestimmungen erwies sich als unausführbar; gegen ausführbare Festsetzungen wurde verstossen. Der lebendige Geist des Humanitätsgedankens hat aber, wie Bircher sagt, über den todten Buchstaben eines schlecht redigirten Vertrags gesiegt; er hat das „idealhumanistische Programm“ verwirklicht.

Thatsächlich ist — die Kriege seit 1866 beweisen es — trotz aller Fehler des Vertrages das Schicksal auch des feindlichen kranken und verwundeten Soldaten ein besseres geworden; der Vertrag hat es durchgesetzt, den Kriegsverwundeten ein Recht zu gewähren, welches sie früher nicht besessen haben. Die Geschichte berichtet von Verträgen über Auswechselung und Ranzionirung Verwundeter und Kriegsgefangener vor 1864; Faust, Wasserfuhr, Palasciano, Arrault traten für die Neutralität des Kriegssanitätspersonals ein. Die Genfer Versammlung unter Dunant, Dufour und Moynier sprach den Wunsch aus:

1. Die Regierungen sollen die sich bildenden Hilfsausschüsse in Schutz nehmen.
2. Neutralisirung des Personals.

Der Vertrag erklärte die leichten und Hauptfeldlazarethe für neutral so lange sie Kranke bergen; ihr Personal ist während der Ausübung seiner Thätigkeit neutral. Das Material der Hauptfeldlazarethe unterliegt den Kriegsgesetzen. Die Zusatzartikel vom 20. October 1868 geben noch nähere Erklärungen und dehnten die Wohlthat des Vertrages auf den Seekrieg aus.

Es ist zunächst zu verlangen, dass die Bestimmungen des Genfer Vertrages den kriegführenden Truppen bekannt sind. Sie sind in der deutschen Felddienstordnung enthalten. Bircher verlangt in seinem Werke: „Die Revision der Genfer Convention“, es sei auszusprechen die Unverletzlichkeit des kranken und verwundeten Heeresangehörigen, des gesammten Sanitätspersonals, des gesammten Materials, der gesammten Sanitätseinrichtungen; die an die staatliche Hilfe angeschlossene organisirte freiwillige Krankenpflege geniesse denselben Schutz. Die Neutralität hört auf, sobald Personal und Material zu anderen Zwecken als sanitären Verwendung findet. Das Sanitätspersonal muss nach der



Schlacht auf dem Platz seiner bisherigen Thätigkeit zurückbleiben — auch das der geschlagenen Armee. Man mag es beklagen, aber es bleibt richtig, sagt Moltke, dass die Humanität im Kriege nachstehen muss und dass die energischste Kriegsführung zugleich die humanste ist.

Den Geist der segenspendenden Genfer Convention ganz zu erfassen, wäre ein sittlicher Fortschritt, der Feind und Freund zu Gute käme. Auch im Kriege muss für den humanen Gedanken des Genfer Vertrages ein Platz sein und jede Partei sich bestreben das Elend des Schlachtfeldes zu lindern.

Der Krankenpflegedienst einer mobilen Deutschen Armee sondert sich in drei grossen Bereichen. Der erste Bereich umfasst die Feldarmee, die am Feinde operirt, der zweite Bereich umfasst die Etappe, der dritte die Besatzungsarmee des eigenen Landes.

### Sanitätspersonal.

Die Leitung des Feldsanitätsdienstes im ersten und zweiten Bereich hat der Chef des Feldsanitätswesens. Jedes Armeeoberkommando hat einen Armeegeneralarzt, jedes Armeekorps einen Korpsarzt, jede Division einen Generaloberarzt als Divisionsarzt. Truppenärzte sind die Regiments-, Bataillons- (Abtheilungs-), Oberärzte, Assistenzärzte und Feldunterärzte. Auf den Verbandplätzen wirken Professoren der Chirurgie als consultirende Chirurgen. Das Hilfspersonal bilden die Lazarethgehilfen mit dem Dienstgrad der Sanitätsfeldwebel, Sanitätssergeanten, Sanitätsunterofficiere, Sanitätsgefreiten, Sanitätssoldaten, militärischen Krankenwärter<sup>1)</sup>, Krankenträger und Hilfskrankenträger. Den Befehl über das Feldlazareth führt der Chefarzt, unter welchem Sanitätsofficiere wirken, den ärztlichen Dienst beim Sanitätsdetachement versieht ein erster Stabsarzt mit Oberärzten und Assistenzärzten.

Jeder Etappeninspection ist ein Etappengeneralarzt beigegeben, unter ihm steht ein Feldlazarethdirector, unter ihm der leitende Arzt der Etappenlazarethe, die Chefärzte der Kriegslazarethe, der Krankentransportkommissionen und der Lazarethzüge.

Den Sanitätsdienst innerhalb des Bereiches der Besatzungsarmee leitet der Chef der Medizinalabtheilung im Kriegsministerium beziehungsweise der stellvertretende Generalarzt des Generalkommandos. Unter

---

<sup>1)</sup> Der Unterricht der Lazarethgehilfen findet seit 1891 in Lazarethgehilfenschulen am Sitz grösserer Garnisonlazarethe statt. Der Unterricht dauert 6 Monate. In den Garnisonen wird fortlaufender Unterricht ertheilt; die praktische Unterweisung findet am Krankenbett statt. Der Ausfall an Sanitätspersonal während der Ausbildung wird durch Einziehung aus dem Beurlaubtenstand gedeckt. Die Militärkrankenwärter erhalten Unterricht in den Garnisonlazareth. Für den Unterricht werden Fiedler'sche und Esmarch'sche Tafeln, Skelette und Modelle nach Benninghoven und Messing verwendet. Der Kriegssanitätsdienst ist ganz besonders zum Gegenstand des Unterrichts zu machen, das Personal praktisch anzuweisen, zur Selbstständigkeit zu erziehen und den Kriegsverhältnissen entsprechend zu belehren. Aeltere Lazarethgehilfen werden bei den oberen Commandos und an Stelle von Lazarethbeamten bei den Feldsanitätsformationen verwendet.

seiner Leitung wirken die Chefärzte der Festungs- und Reservelazarethe und die Reservelazarethdirectoren; chirurgische Consulanten stehen in den Lazarethen dieses Bereiches zur Verfügung. Neben den aktiven Sanitätsoffizieren oder Sanitätsoffizierdienstthuern, den eingezogenen des Beurlaubtenstandes wirken im dritten Bereich Sanitätsofficiere z. D., a. D. oder Civilärzte, die sich zur Verfügung gestellt haben.

#### Sanitätsmaterial.

Zur Sanitätsausrüstung jedes Mannes gehört das Verbandpäckchen, welches aus zwei Sublimatmullcompressen, einer Cambrikbinde, einer Sicherheitsnadel nebst der Umhüllung besteht. Das Verbandpäckchen wird im Vorderschoss des Waffenrocks in einer besonderen Tasche eingnäht getragen. Jeder Lazarethgehülfe besitzt Verbandtasche, Labelflasche und Besteck, jeder Arzt die vorgeschriebenen kriegschirurgischen Instrumente. Jedes Bataillon und Kavallerieregiment führen ausser Krankendecken und Labemitteln einen Medicinwagen, kleinere selbstständige Truppenabtheilungen einen Medicinkarren, einen Medicin- und Bandagenkasten (Sanitätskasten) und Bandagentornister. Hierzu kommt sonstiges Sanitätsmaterial im Bereich der Etappe und das Material in Festungen und Reservelazarethen. Betreffs der etatsmässigen Füllungen ist auf die Vorschriften im 2. Band der Kriegssanitätsordnung zu verweisen. Der Ersatz geschieht durch die Lazarethreservedepots und durch eine Güterdepotstation für Lazarethfordernisse des immobilien Güterdepots an einer Sammelstation. Anzufügen ist das Material der Krankentransportcommissionen, der Lazarethzüge der Kriegslazarethe. Die Sanitätsdetachements und Feldlazarethe führen in Sanitätswagen Arzeneien, Verband und Labemittel.

Das Material eines transportablen Lazareths wird bei diesem beschrieben werden. Improvisationen und Strohverbände werden an Ort und Stelle nach Anleitung angefertigt. Für den Verwundetentransport steht als Material die Krankentrage zur Verfügung. Die Krankentrage der Truppe kann vermittelt eines Scharniers zusammengeklappt werden, die der Sanitätsdetachements nicht, letztere hat eine Verbandmitteltasche. Die Tragestangen besitzen eiserne Querbänder und eiserne Füße, die Kopflehne ist stellbar, der Ueberzug ist von braunem Segeltuch, in der Mitte befinden sich zu beiden Seiten Klappen von gleichem Stoffe zum Festschnallen der Gelagerten. Rädergestelle bei den Lazarethreservedepots bilden mit den Tragen eine Räderbahre, die in Lazarethanlagen Verwendung findet. Auf die Herstellung von Nothtragen aller Art, Improvisationen von Tragen durch Bretter, Thüren, Mäntel, Tücher, Schnuren, Säcke und Stangen, Strohsäcke der Feldlazarethe mit beiderseits angenähten Schlaufen, Strohtragen u. s. w. ist Bedacht genommen.

Den Transport Verwundeter vermitteln Krankenwagen verschiedener Art. Zu den bisher bestehenden Modellen ist eine neue Construction gekommen. Die Krankenwagen sind für 2 bzw. 4 liegende Verwundete eingerichtet. Die Dienstvorschriften geben eine genaue Beschreibung der Wagen.

Eine Reihe anderer Krankentransportwagen verschiedener Systeme lässt sich für den Kriegsfall verwenden.

Die Bespannung, die in den Dienstvorschriften gegeben ist, erfolgt durch Trainpferde. Der Wagen wird von Sanitätsmannschaften begleitet. Das Einladen der Verwundeten ist Gegenstand besonderer Uebung und erfolgt nach einheitlichem Kommando.

Von anderweitigem Transportmaterial ist die österreichische Feldtrage nach Mühlvenzl, die Trage von Locati, die Bambustrage von Perry-Mundy, die Trage Stanelli's und Nicolai's verbesserter Lagerstuhl zu erwähnen. Die Neuss'schen Tragen, die fahrbaren von Lipowsky-Fischer, die Tiroler Gebirgstrage von Michaelis schliessen sich an.

Die tragbare Zeltausrüstung kann als Nothtrage mit Leichtigkeit benutzt werden (Beilage zur Krankenträgerordnung).

Landfahrzeuge, andere Wagen, Trainfahrzeuge u. s. w. werden zum Verwundetentransport hergerichtet; Lebensmittelwagen und Leiterwagen können nach verschiedener Anleitung für den Transport improvisirt werden. Hierher gehört Jacoby's fahrbare Tragbahre und Ellbogen's Wagen und andere Improvisationen mittelst des Fahrrades.

Der Eisenbahntransport findet in Lazarethzügen und Krankenzügen statt. Lazarethzüge sind geschlossene Sanitätsformationen zur ausschliesslichen Beförderung liegender Verwundeter oder Kranker, sie werden im Inlande planmässig zusammengestellt. Auf dem Kriegsschauplatz werden Hilfslazarethzüge nach dem Grund'schen und dem Hamburger System für den Transport liegender Verwundeter zusammengestellt. Krankenzüge sind für den Transport solcher Verwundeter bestimmt, deren Zustand das Fahren im Sitzen gestattet. Ein Lazarethzug hat 30 Krankenwagen mit je 10 Lagerstätten abgesehen von den Arzt-, Magazin-, Gepäck-, Verwaltungswagen u. s. w. Für die Hilfslazarethzüge sind Güterwagen und Personenwagen 4. Klasse ohne feste Sitz- oder Ständervorrichtung ausersehen; bewegliche Plattformgeländer gestatten die Einrichtung eines Hilfslazarethdurchgangszuges. Krankenzüge bestehen aus Personenwagen der drei ersten Wagenklassen, im Nothfall aus solchen 4. Klasse und aus Güterwagen, die mit Sitzeinrichtungen oder deren Improvisationen zu versehen sind.

Die Ausstattung der Krankenwagen des Lazarethzuges ist folgende:

12 breite, bettartige Krankentragen mit	Kokosdecke in der Länge des Wagens.
Seiten- und Fussbrettern, und mit vollständiger Ausstattung an Matratzen und	Tisch mit Klappstz,
Wäsche,	Schemel,
Kleine runde Tische zu jeder Krankentrage,	Schränken in den vier Wagenecken.
Riemen zum Aufrichten für die Kranken,	Querbrett mit Konsolen für Tassen und
Wagennetze über den Krankentragen,	Löffel,
Traggestelle für die Krankentragen mit	Schiefertafel zur Notirung der aussergewöhnlichen Kost,
Pendelaufhängung,	Waschschüsseln,
	Wassereimer,

<b>Handspiegel,</b>	1 Bratheerd,
<b>Sticfelknecht,</b>	3 Gerüste für Geschirre,
<b>Stufentritt,</b>	4 Küchenbretter,
<b>Handlaterne,</b>	2 Eisschränke,
<b>Spucknapfe,</b>	Verschliessbarer Wandschrank,
<b>Thermometer,</b>	Küchenbank,
<b>Wasserfass,</b>	Küchenrahmen (Wandrahmen),
<b>Trinkbecher,</b>	Messerputzbrett,
<b>Trinkgläser,</b>	Abspültisch,
	Anrichtetisch,
<b>Küchenwagen.</b>	Klapptisch,
<b>Ausstattung:</b>	Wasserkasten,
<b>2 Wasserbaddampfkochapparate mit Ma-</b>	Lattenfussboden,
<b>nometer und sonstigem Zubehör,</b>	Koch-, Ess- und Trinkgeschirre.

Die Uebung der Improvisationen im Frieden nach jeder Richtung hin wird Gegenstand der grössten Aufmerksamkeit sein. Es kann hier nur auf das Port'sche Buch verwiesen werden.

Eine Zusammenstellung des Hamburger und Grund'schen Systems bezeichnet man als gemischtes System. In den Sanitätszügen lassen sich gleichfalls Improvisationen anbringen. Der George Meyer'sche Tragboden (beschrieben und abgebildet in der I. Abtheilung des zweiten Bandes No. IV. dieses Handbuches) kann bei Sanitätszügen Verwendung finden und wurde 1895 praktisch bei einer Krankentransportcommission während der Herbstübungen erprobt.

Neuerdings ist von J. Linxweiler eine Transport- und Lagerungseinrichtung für Hüflslazarethzüge angegeben worden.

Die Apparate bestehen im Wesentlichen aus Gasrohrsäulen, welche je nach der Wagenhöhe verlängert oder verkürzt werden können. Im Inneren der Säulen finden sich Spiralfedern, welche sich in Flachsclitzen der Säulen hin und her bewegen. Die Lagerung findet in zwei Etagen statt, bei der Lagerung in einer Etage sind niedrige Säulen vorhanden, welche paarweise mit Querstangen verbunden sind. Als ein Vorthail dieses Systems wird die möglichste Bequemlichkeit durch Aufheben der senkrechten und wagerechten Erschütterungen angegeben.

#### Sanitätseinrichtungen.

Die Krankenstuben nehmen solche Kranke auf, welche der Lazarethpflege nicht bedürfen und dem Dienst bald wieder gegeben werden können.

Ortslazarethe (Kantonnementslazarethe) werden eingerichtet, wenn andere Lazarethe nicht oder in nicht ausreichendem Maasse vorhanden sind. Der Sanitätsdienst wird bei längerer Unterkunft in Ortschaften wie in der Garnison geordnet. Beim Marsch werden Leichtkranke mitgeführt, nicht beförderungsfähige Kranke dem nächsten Lazareth, Ortskrankenhaus oder der Ortsbehörde überwiesen.

Auf Krankensammelplätzen werden die nöthigen Vorkehrungen für Rückbeförderung oder Unterbringung getroffen.

Im Gefecht errichtet der Truppentheil durch Aufstellung des Medicinwagens seinen Truppenverbandplatz. Er dient zur Sammlung Verwundeter, zum Anlegen bezw. zur Revision des ersten Verbandes, soweit nicht die Hülfskrankenträger die erste Hilfe nach gegebener Anleitung geleistet haben. Der Schwerpunkt der Thätigkeit der Hülfskrankenträger liegt neben der Labung im sachgemässen Fortschaffen aus dem Gefecht nach dem Truppenverbandplatz. Auf dem Truppenverbandplatze werden die unaufschiebbaren Operationen gemacht. Der Truppenverbandplatz muss sich ausserhalb des Gewehrfeuers befinden, er muss leicht erreichbar sein und muss ausreichend Wasser haben, er darf die Truppenbewegung nicht hindern; eine Zersplitterung in zu viel kleine Verbandplätze ist zu vermeiden. Die Lage der Truppenverbandplätze ist den Truppen bekannt zu geben; es kann vortheilhaft sein die Truppenverbandplätze der 3 Bataillone eines Regiments zu vereinigen. Nimmt das Gefecht einen grösseren Umfang an, so dass sich etwa eine Division an demselben theilnimmt, so tritt das Sanitäts-Detachement in Thätigkeit sobald grössere Verluste eintreten. Jede Division besitzt ein Sanitätsdetachment, welchem ausser den Aerzten, Sanitätssoldaten (Lazarethgehilfen) und Militärkrankenwärtern 160 Krankenträger beigegeben sind. Ihr Dienst besteht abgesehen von der ersten Hilfe lediglich im Fortschaffen der Verwundeten<sup>1)</sup> aus der Gefechtslinie, sie stehen unter dem Schutz der Genfer Convention. Der Platz, auf welchem der Verwundete ärztliche Hülfe findet, heisst Hauptverbandplatz. Dort wird das Verbindzelt mit der Signalvorrichtung aufgeschlagen. Sobald genügend viel tragbare Zeltausrüstungen von Verwundeten und Gefallenen zur Verfügung stehen werden zur vorübergehenden Unterbringung von Verwundeten solche Zelte aufgeschlagen. Das Detachment ist in zwei Züge zerlegbar, die selbstständig an verschiedenen Orten thätig sein können. Für die Wahl des Hauptverbandplatzes gilt dasselbe, wie für den Truppenverbandplatz. Die Anlehnung an Gebäude kann vortheilhaft sein. Es kann eine Verstärkung der ärztlichen Hilfe auf diesen Plätzen nothwendig sein. Dazu kann das Personal eines benachbarten Feldlazareths kommandirt werden. Der Hauptverbandplatz nimmt die früher eingerichteten Truppenverbandplätze auf, so dass Personal und Material der letzteren für den eigenen Truppentheil verfügbar wird.

Zwischen Gefechtslinie und Hauptverbandplatz wird möglichst gedeckt, durch fahrbare Wege leicht erreichbar der Wagenhalteplatz errichtet. Dort fahren die Krankenwagen auf.

Das gesammte auf dem Hauptverbandplatz thätige Sanitätspersonal

---

<sup>1)</sup> Der Unterricht der Krankenträger, der Hülfskrankenträger und Hobusten findet bereits im Frieden alljährlich statt. Jedes Trainbataillon hält eine Krankenträgerübung ab sowohl für den activen Dienststand, als auch für den Beurlaubtenstand. Es sind Uebungen im Wassertransport, im Eisenbahntransport und Nachtübungen vorgesehen. Der Kriegssanitätsdienst wird bei den Herbstübungen berücksichtigt.

wird unter der oberen Leitung des Divisionsarztes durch den ersten Stabsarzt verwendet. Es werden zu diesem Zweck drei Abtheilungen gebildet: eine Empfangs-, eine Verband-, eine Operationsabtheilung. Die erste Abtheilung sorgt für Labung und Lagerung und versieht jeden Kranken mit einem Wundtäfelchen. Auf demselben wird Art der Verletzung, geleistete Hilfe und der Grad der Transportfähigkeit verzeichnet. Die Tafel schützt vor unnöthiger Entfernung des Verbandes bei weiterem Transport, sie erleichtert die Vertheilung und lässt eine schnelle Uebersicht gewinnen. Weisse Täfelchen erhalten solche Verwundete, die einer sofortigen Lazarethbehandlung bedürfen, rothe diejenigen, welche ohne erhebliche Nachtheile noch weiter transportfähig sind. Die Thätigkeit des Sanitätsdetachements den Verwundeten gegenüber ist grundsätzlich nur eine vorübergehende. Die Persönlichkeit des Verwundeten wird erforderlichenfalls aus der Erkennungsmarke und dem Soldbuch festgestellt, oder aus der Bekleidung, der Waffennummer herzuweisen versucht.

Leichtverwundete werden nach erfolgtem Verband oder nach Ausführung kleinerer Operationen nach dem Sammelplatz für Leichtverwundete geschickt.

Die zweite (Verband-) Abtheilung hat nach dem Wortlaut der Kriegs-Sanitäts-Ordnung die Aufgabe, die schwierigeren und zeitraubenden Verbände bei den Fällen von schweren Knochenzerschmetterungen anzulegen, wo nicht eine sofortige Amputation, wohl aber behufs des Transports des Verwundeten die sorgfältigste Feststellung des verletzten Gliedes nothwendig wird. Hierher gehören vor Allem die Schussfrakturen der unteren Gliedmassen. In Zukunft werden hierbei die Modificationen des Hessing'schen Kriegsapparates Anwendung finden.

Was die antiseptische Behandlung anbelangt, so wird es sich nach Lühe darum handeln, durch Vermeidung der Contactinfection der Wunde weiterhin einen aseptischen Verlauf zu ermöglichen oder, wie Lister sagte, die offenen Wunden zu subcutanen zu gestalten. Wie weit mit dem vorhandenen mitgeführten aufgefrischten und erneuerten antiseptischen und aseptischen Verbandmaterial ein aseptischer Verlauf der Wunden sich erreichen lassen wird, muss erst ein Zukunftskrieg lehren.

Lühe schlägt vor ein Verbinden der Wunden mit antiseptischem Material ohne Hautdesinfection vorzunehmen. Dazu gehört, dass das Entkleiden durch besondere Lazarethgehilfen zu erfolgen habe.

In Bezug auf die genauere chirurgische Diagnose über die Ausdehnung der Verwundung, mit deren Feststellung auf dem Schlachtfeld die Transportfrage eng verbunden ist, ist ein einheitliches Handeln nach bestimmten Grundsätzen nothwendig und lässt sich auf den Verbandplätzen erreichen.

An Operationen lassen sich in der dritten (Operations-) Abtheilung ausführen die Blutstillung in der Wunde (Unterbindung an der Stelle der Verletzung) „dem Orte der Noth“ die Gliedabsetzungen nach Abreissung, die Tracheotomie bei Erstickungsgefahr, die Laparotomie bei

perforirenden Bauch- und Blasenwunden, Katheterismus und Blasennaht. Hier ist eine aseptische Wundbehandlung möglich und erreichbar.

Wegen der Weiterbehandlung der Kriegsverletzungen muss auf die Werke von Mosetig-Moorhof, Seydel und Lühe verwiesen werden.

Es ist hier der Ort die Frage zu erörtern, ob in einem Zukunftskriege die Zahl der jetzt etatsmässigen Krankenträger genügt.

Zunächst ist zu bemerken, dass die Kriege statt in gleichem Schritte mit der Vervollkommnung der Waffe blutiger zu werden, immer unblutiger geworden sind. Auf Grund der Fischer und Richter'schen Berechnungen haben auch die absoluten Zahlen abgenommen.

Der Gesamtgefechtsverlust ist auf 20 pCt. berechnet worden, davon sind 14 pCt. Verwundete, die Zahl der Fortzuschaffenden beträgt 5 pCt. Das Schlachtfeld wird im Durchschnitt in 6—7 Stunden abgeräumt sein. Schliesslich sind nach der Krankenträgerordnung die Hoboisten und Hilfhoboisten heranzuziehen, die im Frieden ausgebildet sind; Nothtragen und Wagen lassen sich beitreiben: es ist also eine Vermehrung des Transportpersonals nicht zu erwarten. Noch ein kurzes Wort über die Rückwärtsbewegung. Die Truppenärzte haben nach der Kriegs-Sanitäts-Ordnung für die Unterbringung der Verwundeten so lange zu sorgen, bis Sanitätsdetachements in Thätigkeit treten oder die Unterbringung in einem Lazareth möglich wird. Sie üben ihre Thätigkeit auch nach der feindlichen Besitznahme aus. Es wird so viel Personal und Material zurückgelassen, als unbedingt nöthig ist. Das Sanitätsdetachement schliesst sich zurückgängigen Bewegungen an, auch hier wird Personal unter dem Schutze der Genfer Convention zurückgelassen.

Nach der Schlacht — in der Ruhe — wird seitens des Detachements der Ersatz des aufgebrauchten Materials angestrebt; hier wird vor Allem Verbandmaterial desinficirt und sterilisirt. Die Befehlshaber sind verpflichtet, das Schlachtfeld nach Verwundeten und Gefallenen absuchen zu lassen.

Scheidet man die Kranken und Verwundeten in leichte und schwere, so ist damit schon der Anfang zur Evacuation, zur Krankenzerstreuung gemacht. Ein Anhäufen von Verwundeten ist grundsätzlich zu verhüten, es treten deshalb nunmehr die Grundzüge einer Weiterbeförderung des Kranken und Verwundeten vom Hauptverbandplatz in ihr Recht. Leichtverwundete sind deshalb sofort nach den Etappenstationen zu dirigiren. Leichtkranke nach einer Leichtkrankensammelstelle im Etappenbereich. Ein Feldlazareth kann sich, ohne sich einzurichten (etabliren), der Leichtverwundeten annehmen. Die leitenden Sanitätsofficiere haben rechtzeitig auf das Vorhandensein von Fahrzeugen Bedacht genommen, wenn nicht etwa der Bedarf durch die Krankenwagen gedeckt werden kann. Stroh, Decken und sonstige Hilfsmittel, sowie Vorspann aller Art — leere Lebensmittelwagen sind bereit gestellt.

Es handelt sich jetzt darum, die Verwundeten baldigst der Lazarethpflege zu überweisen.

### Feldlazarethe.

Die erste geordnete Krankenversorgung und Kriegskrankenpflege findet in den Feldlazarethen statt; jedes Armeecorps hat 12 Feldlazarethe für je 200 Verwundete oder Kranke, drei Reservefeldlazarethe befinden sich bei der Reservedivision. Jedes Feldlazareth kann in zwei Züge zerlegt werden.

Die Einrichtung (Etablirung) erfolgt möglichst in Ortschaften, die Erweiterung kann durch Zelte und Baracken erfolgen; bei der Etablirung in Städten sollen die erwählten Gebäude den Erfordernissen einer Heilanstalt entsprechen. Zum Betrieb sind erforderlich Aufnahmezimmer, Versammlungszimmer, Operationszimmer, Apotheke, Kochküche, Kellerräume, Theeküchen, Badeanstalt, Wäscheraum, Trockenboden, Materialienraum, Abortanlagen, Wachraum, Arztwohnung, Waschküche mit Rollkammer, Desinfectionsanlage, Leichenraum.

Die Kriegs-Sanitäts-Ordnung empfiehlt unbewohnte Räume bewohnten vorzuziehen. Bestehende Krankenanstalten, Kirchen, Klöster, Schulen eignen sich nicht gut zu Feldlazarethen. Dagegen empfehlen sich Gesellschaftssäle, Sommertheater, Turnhallen, Kegelbahnen, Schlösser, Orangerien. Oft ist bei der Etablirung eine schnelle Entschliessung geboten, die Einrichtung von Feldlazarethen, die voraussichtlich längere Zeit etabliert bleiben, lässt vielleicht eine Auswahl oder einen Wechsel treffen.

Die Nähe von Gärten ist erwünscht; in engen Stadttheilen wird man Feldlazarethe nicht gern anlegen. Die Ausstellung vom Rothen Kreuz im Herbst des Jahre 1898 bot folgende innere Einrichtung eines Feldlazareths dar:

#### Operationszimmer.

##### Ausstattung:

Operationstisch,  
Einier dazu,  
Stuhl zum Operationstisch,  
Spind für Instrumente,  
Verbandmitteltisch,  
Irrigatorständer,  
Flaschenständer mit 4 Flaschen,  
Tisch mit Glasschale und Aufsatz für Instrumente,  
Handtuchständer,  
Waschvorrichtung mit directem Ausguss,  
Tisch mit Glasplatte für Flaschen, Schalen  
u. s. w.,  
Tisch mit Schieferplatte für Sterilisir-  
apparate u. s. w.,  
Dampfsterilisator aus Kupfer mit zwei  
Einsätzen,  
Instrumentensterilisator nebst Zubehör,

Grosser Nähseidenbehälter mit 3 Rollen,  
Glaskasten mit 3 Rollen für Katgut,  
Cylinder aus braunem Glase für Katgut,  
Transportgefäss für Katgut,  
Bürstenkasten,  
Seifenbehälter,  
Alkoholschale,  
Reserveeinsatz zum Sterilisirapparat,  
Sublimatschale,  
Umlegehahn zum Irrigatorschlauch,  
Sodagefäss mit Messglas,  
Glasgefäss zum Aufbewahren von Ka-  
thetern,  
Beckenbänkchen nach v. Volkmann,  
Operationsbesteck, grosses, mit 4 Einsätzen,  
Chloroformirungsapparat,  
Mehrere Eiterbecken,  
Irrigatoren,  
Compressionsapparat nach v. Esmarch,  
Inductionsapparat,  
Wasserkochapparat,



Spucknäpfe von grünem Glase,  
 Glascylinder mit eingeschliffenem Stöpsel  
 für Drains,  
 Bürsten zur Antiseptik,  
 Standflaschen mit eingeschliffenem Stöpsel,  
 Operationsanzüge für Aerzte,  
 Hängelampe.

#### Baderaum.

##### Ausstattung:

Zusammenlegbare Badewanne,  
 Badeofen,  
 Kohlenkasten, Kohlenschaufel,  
 Feuerhaken, Feuerzange,  
 Leuchter,  
 Doucheeimer,  
 Gestell zum Wäschetrocknen,  
 Badelaken,  
 Badevorlage,  
 Feldstuhl,  
 Fussbank,  
 Thermometer,  
 Waschvorrichtung mit Zubehör.

#### Apothekenraum.

##### Ausstattung:

Die Einsatz- und Schiebekasten des Sanitäts-  
 wagens für Feldlazarethe,  
 Arzneien in Tablettenform,  
 Tarirwaage,  
 Reagentienkasten,  
 Kasten für Antiseptika,  
 Tablettenmaschine.

#### Raum zur Herstellung von Verbandmitteln.

##### Ausstattung:

Gefäss zum Imprägniren der Verband-  
 stoffe,  
 Wringmaschine,  
 Kleine Schraubenpresse für Verbandstoffe,  
 Grosse Schraubenpresse für Verbandstoffe,  
 Bindenschneide- und -wickelmaschine.

#### Raum zur Aufbewahrung von Verbandmitteln.

##### Ausstattung:

Verbandpäckchen,  
 Binden von Kambrik,  
 Binden von Flanell,

Binden von Gaze,  
 Binden von Leinwand,  
 Bindfaden,  
 Katgut,  
 Dünner Eisendraht,  
 Telegraphendraht,  
 Drains,  
 Entfetteter Mull,  
 Sublimatmull,  
 Compressen aus entfetteten Mull,  
 Compressen aus Sublimatmull.  
 Papier zum Einhüllen der Verbandstoffe.  
 Asbestpappe,  
 Gewöhnliche Pappe,  
 Schirting,  
 Waschschwämme,  
 Seide verschiedener Stärke,  
 Schusterspan zu Schienen,  
 Tapetenspan zu Schienen,  
 Verbandtücher, drei- und viereckige.  
 Entfettete Watte,  
 Sublimatwatte,  
 Gewöhnliche (ungeleimte) Watte,  
 Zwirn,  
 Zwirntuch (wasserdicht),  
 Armschienen,  
 Siebdrachtschienen,  
 Englische Schienen,  
 Schienen mit Blechhülsen.

#### Krankenbaracke für 10 Betten.

##### Ausstattung:

Bettstellen aus Rundeisen mit heraus-  
 nehmbarer Matratze, Kopf- und  
 Fussbrett,  
 Bettmatratzen und Bettwäsche,  
 Grosser zusammenlegbarer Tisch,  
 Stühle,  
 Verstellbarer Krankentisch.  
 Krankentische von Holz und Eisen mit  
 Marmorplatte,  
 Waschvorrichtung mit Zubehör,  
 Ausgüsseimer von Porzellan,  
 Fussreinigungsdecken von Leder mit  
 Drahteinlage,  
 Spucknäpfe,  
 Taschenspucknäpfe,  
 Eiserne Mantelöfen nebst Zubehör,  
 Fahrbare Krankentrage,  
 Transportabler Desinfectionsapparat.

Die gesundheitlichen Anforderungen an die Feldlazarethanlage sind zu berücksichtigen und erfolgen nach den allgemeinen Grundsätzen. Beim Herrschen von Seuchen sind besondere Seuchenlazarethe abseits von der Verkehrsstrasse zu errichten, deren Lage den Truppen bekannt zu geben ist.

Die Ablösung des Feldlazareths, welches eine mobile Sanitätseinrichtung darstellt, ist zu ermöglichen, damit dasselbe den Truppen wieder folgen kann; zu diesem Zweck kann zunächst ein Zug frei gemacht werden; das eingerichtete Feldlazareth ist an sich von der Truppenbewegung unabhängig.

Der geregelte Dienstbetrieb entspricht im eingerichteten Feldlazareth den sonstigen Bestimmungen, wie sie auch für den Frieden gelten. Das Vertrauen des Heeres, sagt die Kriegs-Sanitäts-Ordnung, besteht nicht nur in der wissenschaftlichen und dienstlichen Tüchtigkeit des Sanitätspersonals, sondern auch in der Theilnahme, welche jedem einzelnen Verwundeten und Kranken zu widmen ist. Es findet die Eintheilung in Stationen statt, die Regelung des Hauptkrankenbesuchs, die Führung der Krankenblätter, die Bestimmung von Tages- und Nachtwachpersonal. Die Arzneiversorgung findet durch den Feldapotheker statt. Die Beköstigung regelt sich nach der Vorschrift, die reichliche Beköstigungsformen bietet (Beilage 8 der K. S. O.). Die Feldbettstellen sind von Holz und von Eisen. Auf Aufstellung von Nothfeldbettstellen ist Bedacht zu nehmen.

Auf Personal und Material des Feldlazareths findet die Genfer Convention Anwendung.

Während des Feldzuges 1870/71 sind in der Zeit vom 1. August 1870 bis 28. Februar 1871 die Feldlazarethe 545 mal, mit einzelnen Zügen 77 mal in Thätigkeit getreten, so dass jedes der 191 Lazarethe bei halbgerechneten Zügen durchschnittlich 3 mal sich etablirt hat. Die Feldlazarethe haben 280910 Verwundete und Kranke aufgenommen, so dass auf ein Feldlazareth im Durchschnitt 1471 behandelte Kämpfer kommen; diese Kranken haben 3245743 Verpflegungstage beansprucht.

Das Lazarethreservedepot führt 80 Krankenzelte mit. Ausserdem sind Schutzdächer, leichte Feld- und Zeltbaracken herzustellen, bei längerem Aufenthalt ist die Errichtung festerer Baracken zu erstreben. Die Kriegs-Sanitäts-Ordnung beschreibt ein Krankenzelt von 12 Betten (§ 64 der Anlage), sie schildert den Aufbau einer Noth- und Zeltbaracke und einer Kriegsbaracke, die auch während des Winters benutzbar ist.

Die Zeltbehandlung hat den Vorzug der Beweglichkeit. Für längeren Aufenthalt ist die Verwendung, namentlich im Winter, unthunlich. Die Feldbaracke wird an Ort und Stelle improvisirt. Die festen Baracken sind immobil als temporäres Hospital in Kriegszeiten zu denken.

Die immobile Baracke ist nicht überall zu haben, ihr Aufbau kann im Kriege mit grossen Schwierigkeiten verknüpft sein. Es lag daher der Gedanke nahe, die immobile Baracke mobil zu machen, d. h. die Baracke im Inlande fertig zu stellen, sie in Theile zerlegt zu transportiren und an den zuständigen Orten wieder zusammenzufügen. Dieser Gedanke

find seinen Ausdruck in den Verhandlungen der 18. Abtheilung (Militär-sanitätswesen) des X. internationalen medicinischen Congresses zu Berlin. In seinem Vortrag über die Verwendung versendbarer Krankenbaracken im Frieden und Kriege führte der Generalstabsarzt der preussischen Armee Excellenz v. Coler aus, dass die Erfindung der Baracke aus zwingenden Nothständen in Kriegszeiten hervorgegangen sei. Die preussische Militärverwaltung entschied sich damals für die Einführung der Döcker'schen Filzbaracke. Die Döcker'sche Filzbaracke ist inzwischen vervollkommenet worden, sie gewährt eine allen Ansprüchen genügende Krankenunterkunft, sie ist ein nicht mehr zu entbehrendes Hilfsmittel der Krankenpflege im Kriege. Die verewigte Kaiserin Augusta hatte 1884 einen Preis für das beste Modell einer transportablen Lazarethbaracke ausgesetzt. Das Ideal aller Verwundetenpflege besteht darin, den Krieger dort, wo er verwundet wurde oder wenigstens dicht dabei zu betten und zu behandeln. Die tragbare Zeltausrüstung der Soldaten schafft vorübergehend und zur warmen Jahreszeit eine sofortige Unterkunft. Hierher gehört das Port'sche Nothschutzdach, das Nicolai'sche Zelt- und Schirmdach. Die transportable Baracke, von denen zahlreiche Modelle in Antwerpen 1885 aufgestellt waren, lässt sich in jeder Jahreszeit anwenden. Neben der verbesserten Döcker'schen Baracke (Christoph und Unmack-Niesky) hat die preussische Militärverwaltung die Bernhardt-Grove'sche Wellblechkrankenbaracke eingeführt; ihre Verwendung dürfte sich aber nur mit innerer Holzbekleidung als vortheilhaft erweisen. Die transportable Lazarethbaracke wurde eingehend in dem Werk von Langenbeck, Coler und Werner beschrieben; erwähnenswerth sind die Systeme von Nieden, Waldhauer-Windelband, Vogler und Noah, Espitallier, Tollet (II. Abtheilung des ersten Bandes No. III dieses Handbuches), Olive nach dem Namen ihrer Erfinder.

Der wichtigste Fortschritt, den eine allen Ansprüchen genügende transportable Krankenunterkunft machen konnte, war der der transportablen Baracke zum transportablen Lazareth. Die innere Einrichtung eines solchen Lazareths ist Gegenstand der Besprechung in der 2. Auflage des Werkes von Langenbeck und Coler.

Zur inneren Einrichtung gehören u. a.:

Zusammenlegbare Bettstellen, die mit einem hinreichend starken Fussbrett zur Anbringung der üblichen Streckapparate bei Verletzungen der unteren Gliedmassen versehen sind und dem Verwundeten ein festes Lager gewähren,

Betteinrichtung mit Matratzen,  
Krankentische und Schränke,  
zusammenlegbare Tische und Stühle,  
einfache zusammenlegbare Gestelle für Waschgeräte.

Weiter sind nöthig die Küchen- und Waseheinrichtung, die Einrichtung für Heizung und Beleuchtung,

Zusammenstellung der Instrumente und Arzneimittel.

Schliesslich erwies sich die compendiöse Zusammenstellung einzelner

auf die Kriegskrankenpflege sich beziehender Gegenstände nothwendig, z. B. Badewannen, Stechbecken, Wasserbetten, Luftmatratzen, Improvisationen von Lagerungsvorrichtungen.

Die Beschreibung der zur Darstellung gebrachten Gegenstände muss in dem genannten Werk selbst eingesehen werden.

Die Preisfrage des Central-Comités der Deutschen Vereine vom Rothen Kreuz: „Welche Maassregeln und Organisationen sind anzustreben und welche im Frieden vorzubereiten, um die Unterbringung nicht transportabler Verwundeter und Kranker in gesunden Räumen in möglichster Nähe des Kriegsschauplatzes sicher zu stellen?“ erhielt eine Lösung in dem Werk des Oberstabsarzt Dr. Haase. Der Werth des transportablen Lazareths liegt einmal in seiner schnellen Herstellung und Bereitschaft in der Nähe des Gefechtsfeldes, dann tritt das Lazareth wirksam in das System der Krankerzerstreuung ein, es beugt einer allzugrossen Ausdehnung derselben vor; die Verschiebung derartiger Lazarethe ermöglicht den nicht transportablen schwersten Verwundeten eine geeignete Versorgung und Pflege, sie ist mehr als ein Nothbehelf, sie verhindert die Belegung ungeeigneter Privatgebäude und gleicht den Mangel an passenden Unterkunftsräumen aus. Das Lazareth dient schliesslich zur Anlage von Seuchenlazarethen behufs Sonderung von Infectionskranken. Transportable Lazarethe haben im letztengriechisch-türkischen Kriege Verwendung gefunden.

In neuerer Zeit ist von Décanville, Tilschert und besonders von Haase der Werth schmalspuriger Feldeisenbahnen für den Feldsanitätsdienst erwogen worden. Abgesehen von der Heranschaffung der Verglegungsbedürfnisse dienen schmalspurige Feldsanitätswagen zum Abschub Verwundeter und Kranker und zur Herbeischaffung der transportablen Barackenanlagen und des transportablen Lazareths.

Die Haase'schen Feldbahnen<sup>1)</sup> werden aus Jochen, welche Schienen und Schwellen in einem Stück enthalten; zusammengesetzt, auf je 2 zweiachsigen Unterwagen steht ein Wagenkasten von 4 m Länge, 1,30 m Breite und 50 bis 60 cm. Höhe, welcher durch Strohschüttung oder Schwebelager eingerichtet werden kann. Letzteres besteht aus einem 3,5 m langen und 1,26 m breiten Plan aus wasserdichter Leinwand, welcher an den Schmalseiten an je einem 35 bis 40 mm dicken, Bambusrohrstab befestigt und in der Mitte durch einen doppelt gebogenen Gasrohrstab unterstützt ist.

Haase macht in seinem oben erwähnten Werk eine Reihe organisatorischer Vorschläge. Er verlangt Beigabe von Zeltwagen für Sanitätsdetachements und Feldlazarethe; die Bildung eines militärischen Zeltzuges für jedes Armeekorps, Bildung einer militärischen Barackenkompanie, Vermehrung transportabler Baracken und Schaffung transportabler Lazarethe, Fortschaffung dieser Baracken von der Etappe nach dem Gefechtsfeld auf Feldsanitätsbahnen. Modificationen der Schwebelager sind neuerdings von Kimmle angegeben.

---

<sup>1)</sup> Haase, Die schmalspurige Feldeisenbahn im Dienst der Feldsanitätsanstalten. Deutsche militärärztliche Zeitschrift. XVIII. 1889. S. 337 und XX. 1891. S. 193

Im Vorstehenden ist ein kurzer Ueberblick über die Verbringung der Verwundeten vom Gefechtsfeld zum Feldlazareth gegeben. Erst dort ist eine volle Kunsthilfe und Pflege zu ermöglichen, ja es ist als ein Maassstab vollkommener Organisation anzusehen, wenn die Ankunft des Verwundeten im Feldlazareth sich nach Ablauf weniger Stunden ermöglichen lässt. Ein Zukunftskrieg wird sich bei der Vervollkommnung der Feuerwaffe durch kurze Gefechtsdauer kennzeichnen. Eine rechtzeitige Hilfe muss sich unter Vermeidung einer Vermehrung der Sanitätstrains ermöglichen lassen. Das transportable Lazareth ist als die glücklichste Lösung zu betrachten.

Das eingerichtete Feldlazareth tritt mit dem Augenblick der Etablierung unter die Etappeninspektion; der Abtransport der Verwundeten findet nach den Grundsätzen der Krankenzerstreuung in diesem Bereich statt. Transportable Invaliden und Dienstunbrauchbare gehen in die Heimath ab. Geheilte Mannschaften begeben sich zu ihrer Truppe zurück. Die Krankenvertheilung bewirkt die Krankentransportkommission, ihr Standort ist in der Regel der Sammelpunkt der Etappeninspektion im Concentrationsbezirk. Der Transport bis zur Eisenbahn findet in Fahrzeugen aller Art oder mittelst der schmalspurigen Feldbahnen statt; leere Proviant- und Fuhrparks-Colonnen sind zu benutzen. Kranke der Durchrückenden und der Etappentruppentheile finden in Etappenlazarethen Aufnahme, die besonders an Eisenbahnpunkten zu errichten sind. Ferner werden Krankensammel-, Erfrischungs-, Verband- und Uebernachtungsstellen errichtet.

Die Formation des stehenden Kriegslazareths findet behufs Ablösung und Ersatz eines Feldlazareths statt, der Standort wird in der Regel der Etappenhauptort sein.

Der Grundsatz, sagt die Kriegs-Sanitäts-Ordnung, ist festzuhalten, dass jeder Nachtheil für Kranke und Verwundete bei der Ablösung vermieden werde, es ist deshalb eine persönliche Uebergabe der einzelnen Kranken erforderlich. Die obere Leitung bei der Ablösung hat der Feldlazarethdirector, der durch fortgesetztes persönliches Einwirken an Ort und Stelle alle einer geregelten Krankenpflege entgegenstehenden Hindernisse zu beseitigen hat. Etappenlazarethe können wie Feldlazarethe durch Baracken und Zelte erweitert werden; hier lassen sich auch feste immobile Nothräume herstellen. Das aus der freiwilligen Krankenpflege zu entnehmende Pflegepersonal ist rechtzeitig zu beordern, eventuell ist ein Theil desselben an den Orten bereit zu halten, an welchen sich Sectionen der Krankentransportcommission befinden.

In den stehenden Kriegslazarethen kommen die Vortheile zur Geltung, welche eine ständige und in denselben Händen befindliche Krankenpflege gewährt. Die etatsmässigen Arztstellen sollen in der Regel durch früher gediente Militärärzte des Friedens- oder Beurlaubtenstandes besetzt werden; das ärztliche Personal kann durch vertragsmässig angestellte Civilärzte verstärkt werden.

Der Dienstbetrieb im stehenden Kriegslazareth richtet sich nach den sonstigen Grundsätzen.

Feldetappen- und Kriegslazarethe sind baldmöglichst für den Zugang von der Feldarmee wieder frei zu machen. Es ist deshalb eine fortwährende Ueberführung der Verwundeten aus den genannten Lazarethen in die im Inlande errichteten Reservelazarethe nöthig. Reservelazarethe sind die einheimischen Garnisonlazarethe, die bei ausgesprochener Mobilmachung ihren Namen wechseln, die Garnisonlazarethe der Festungen heissen Festungslazarethe.

Bei der Ueberführung ist der Kräftezustand der Verwundeten, die Art der Verwundung oder Erkrankung, die Entfernung der Lazarethe und das Maass der unterwegs sich bietenden Schutz- und Pflegemittel zu berücksichtigen. Die Krankentransportcommission hat den leitenden Arzt der Sanitätszüge mit allen erforderlichen Mittheilungen zu versehen, damit unterwegs wegen Erfrischung, Verpflegung, Erneuerung der Verbände, Abgabe nicht weiter transportfähiger Verwundeter das Geeignete ausgeführt werden kann. Geht der Eisenbahntransport in den Bereich der Liniencommandantur — also in die heimathlichen Bahnstrecken über, so ist für den ärztlichen Dienst der der Liniencommandantur beigegebene Arzt verantwortlich; der Militäreisenbahndirection ist in gleicher Weise ein Stabsarzt beigegeben.

Hier kann nun zum Zweck einer geregelten Krankenzerstreuung bereits eine Sonderung nach Krankheitsformen<sup>1)</sup> stattfinden. Die Kriegs-Sanitäts-Ordnung bestimmt, dass Schwerkranke näheren Lazarethen, Syphilitische und Simulationsverdächtige grösseren unter militärärztlicher Leitung stehenden Lazarethen, Leichtkranke anderen Lazarethen, kranke und verwundete Kriegsgefangene besonderen Lazarethen zu überweisen sind.

Aus diesem Grunde ist eine Verbindung der Krankentransportcommission mit den Liniencommandanturen unerlässlich, die sich insbesondere auf eine fortlaufende Nachricht über verfügbare Lazarethstellen zu erstrecken hat.

Der Transport kann ausser auf den genannten Sanitätszügen noch auf einer Wasserstrasse stattfinden. Baumann schlägt die Schaffung von Etappensanitätsdetachements vor (D. M. Z. XX, S. 645), die den Transport von Feldlazareth zum Bahnhof oder zur Schiffsstation zu bewirken hätte; Haase will den Transport vom Feldlazareth zur Vollbahnstation mit der Schmalbahn ausgeführt wissen; daneben wird auch der Wagentransport zu Recht bestehen.

Im Bereich der Besatzungsarmee regelt sich der innere Dienstbetrieb in den Festungs- und Reservelazarethen nach den für Friedenslazarethe gültigen Bestimmungen.

Neu errichtete Reservelazarethe werden zur Aufnahme Kranker bestimmt, Garnison- und Hülfslazarethe, zweckentsprechend eingerichtete Civilheilanstalten, Ortslazarethe, Barackenlazarethe sind gegebenen Falls durch Anfügen von Zelten, Döcker'schen oder anderen Baracken zu er-

---

<sup>1)</sup> Die Behandlung der von Kriegsseuchen Befallenen findet in den Seuchelazarethen nach allgemein gültigen Grundsätzen statt.

weitem. Die Ausstattung der Lazarethe ist die gleiche wie im Frieden: die Krankenpflege findet nach den im Frieden maassgebenden Grundsätzen statt.

Diejenigen in den Festungslazarethen befindlichen Kranken, deren baldige Wiederherstellung nicht mit Sicherheit zu erwarten steht, sind soweit möglich vor Beginn oder bei einer Unterbrechung der Einschliessung durch Ueberführung in ausserhalb der Festung gelegene Reservelazarethe oder Civilheilanstalten zu entfernen. Je nach dem Umfange der Festung oder detachirter Forts kann es nothwendig werden, dort einen eigenen Sanitätsdienst zu etabliren.

Festungslazarethe stehen zwar unter dem Schutz der Genfer Convention, wenn sie neben der Nationalfahne eine weisse Flagge mit rothem Kreuz aufpflanzen, doch ist es wünschenswerth, dass sie in bombensicheren Räumen angelegt sind oder wenigstens den Sprengstücken explodirender Granaten Stand halten.

In grossen Zügen ist im Vorstehenden der staatliche Kriegssanitätsdienst geschildert; über die Einzelheiten in der Versorgung und Pflege muss auf die Vorschriften der Kriegs-Sanitäts-Ordnung verwiesen werden, die erschöpfend die überaus grosse Fürsorge beweist, welche der Verwundete und kranke Soldat erfährt. Insbesondere ist der Verpflegung der Kranken, der Beköstigung ein sehr weiter und grosser Spielraum gelassen. Jede neuer Errungenschaft der ärztlichen Technik und Wissenschaft findet nach eingehender Würdigung ihrer Brauchbarkeit für den Verwundeten Verwendung, so dass die Kriegssanität thatsächlich allen Forderungen der Zeit gerecht wird. Wie die Thätigkeit und Fürsorge des Deutschen Sanitätspersonals im letzten Kriege 1870/71 die Allerhöchste Anerkennung gefunden hat, so ist mit Zuversicht zu erwarten, dass das Deutsche Kriegssanitätswesen in einem künftigen Kriege allen Anforderungen gewachsen sein wird, die an dasselbe bei der Vervollkommnung der Schusswaffen und der vermuthlich vermehrten Zahl der Verwundeten herantreten werden.

Alle zur Feldarmee gehörigen Personen sowie diejenigen, welche sich in einem Dienst- oder Vertragsverhältniss befinden, haben Anspruch auf unentgeltliche ärztliche Behandlung, Arznei und Lazarethverpflegung<sup>1)</sup>.

1) Kriegsinvalidität entsteht, wenn ein dem Heere Angehöriger in Folge einer Kriegsdienstbeschädigung dienstunbrauchbar wird. Neben der durch das allgemeine Militärpensionsgesetz geregelten Versorgung erhalten Ganzinvaliden eine Kriegszulage. Wer Theilnehmer am Kriege war, wird für jeden einzelnen Feldzug von S. Majestät dem Kaiser besonders bestimmt (Gesetz vom 4. April 1874).

Es ist festzustellen, ob die Kriegsunbrauchbarkeit in ursächlichem Zusammenhang mit dem Feldzuge stand. Kriegsinvalidität liegt auch vor, wenn ein vor dem Feldzuge bestehendes geringeres Leiden durch den Krieg nachweisbar verschlimmert worden ist. Lässt sich nicht eine bestimmte Veranlassung nachweisen, so liegt der Zusammenhang doch vor, wenn die Einwirkung der während des Feldzuges ertragenen grösseren Beschwerden in ihrer Gesamtheit als Veranlassung des Leidens sich darthun lässt.

Kranke und Verwundete verbündeter Heere und die Kriegsgefangenen nehmen an der Krankenpflege<sup>1)</sup> Antheil. Eine geregelte Pflege ist aber nur dann möglich, wenn die Thätigkeit der geschilderten Formationen und Organe rechtzeitig ineinandergreift, dass ein einheitliches Zusammenwirken gesichert und jeder Zersplitterung vorgebeugt wird.

An das Vorangegangene schliesse ich einen ganz kurzen geschichtlichen Rückblick auf die Kriegskrankenpflege, der auch in der Folge die wichtigsten ausserdeutschen Staaten umfasst.

Wenn die veränderliche Kriegskunst bedingt wird durch die Fortschritte in Wissenschaft und Technik, so bietet die Entwicklung der Kriegssanität den Beweis, dass sie es verstanden hat, sich den Entwicklungen auf den Kriegstheatern anzupassen und dass jeder Fortschritt in der Krankenpflege und Krankenversorgung nutzbar gemacht worden ist für die Kriegsheilkunde.

Aendert sich der Charakter des Gefechts und der Kriegführung, nimmt die Massenhaftigkeit der Geschosse und ihre Treffsicherheit zu, vergrössern sich die Entfernungen, in denen die Feuerwirkung zur Geltung kommt, wird andererseits das Gefecht kürzere Zeit dauern, als sonst, so muss die Kriegssanität dem Rechnung tragen.

Der Entwicklung der Heere gemäss ist die Geschichte der Heereskrankenpflege recht eigentlich eine Geschichte ihrer Kriegssanität. Die einzelnen Phasen in der Entwicklung lassen sich bei allen Armeen während der Kriege am besten kennzeichnen. Immer sind und in Deutschland ganz besonders nach den Kriegen neue Organisationen der Heeresanität erfolgt, die ihren Einfluss auf die Friedensanität in wirksamer Weise hatte.

Die ersten Militärärzte waren in der Stellung von Leibärzten. Bei den Römern werden Valetudinarien erwähnt, die Feldscheerer der Landsknechtheere waren Gehülfen der Feldärzte. Eigentlich Militärärzte gab es erst seit 1597 unter Heinrich IV. von Frankreich, der die Militärlazarethe gründete.

Im Preussischen Heer werden seit 1630 Regimentsscheere aufgeführt. Unter dem grossen Kurfürsten gab es bei jedem Armeecorps einen Medicus de cornu. Die Chirurgie bei den Regimentern lag in den Händen der Feldscheere. Abraham a Gehema geisselt in seiner bekannten Schrift 1690 die Unwissenheit der Feldscheere und tritt dafür ein, dass kranke Soldaten durch einen inneren Arzt behandelt werden sollen, die Feldscheere sollten wissenschaftlich weiter gebracht, auf diese Weise könne auch die Chirurgie mit der Medicin vereinigt werden. 1788 wur-

---

<sup>1)</sup> Pflege und Versorgung findet wie im Frieden statt. In den Gefangenen-Baracken-Lagern finden besondere Barackenlazarethe Verwendung, oder die Kranken werden den sonstigen Militärlazarethten zugewiesen.

Die Behandlung erkrankter Soldatenfrauen und Kinder findet unentgeltlich während des Feldzuges wie im Frieden entweder durch Militärärzte oder vertragsmässig verpflichtete Civilärzte statt.



den Militärchirurgen nach Oesterreich, Russland und Frankreich geschickt, der Generalchirurgus Holtzendorff legte die Berliner Anatomiekammer an: in exercitus populiue salutem. 1724 wurde das Collegium medicum errichtet und mit dem Theatrum anatomicum, verbunden, um Medicochirurgen für das Heer zu bilden. Geprüften Regimentsfeldscheeren war die Erlaubniss ertheilt, innere und äusserliche Curen vorzunehmen, während dies den Kompagniechirurgen untersagt war. Seit 1726 dient die Charité zum Unterricht der Militärchirurgen.

Durch Reisen ins Ausland wurde der Erhöhung der wissenschaftlichen Bildung des Personals Rechnung getragen, Französische Chirurgen wurden unter Friedrich dem Grossen nach Preussen entsendet. Der Unterricht der Kompagniechirurgen wurde durch Bilgner, Schmucker, Theden, Mursinna verbessert und durch Unterweisung vom Regimentsfeldscheer an der Leiche und am Krankenbett gefördert. Nur in grösseren Garnisonen gab es einen wissenschaftlich gebildeten Garnisonarzt. Der kranke Soldat wurde im Quartier behandelt, aus dem Medicinkasten und der Feldapothek arzneilich versorgt und bei der Truppe verpflegt; verantwortlich war hierfür der Hauptmann. Jedem Soldaten wurden monatlich 3 Kreuzer als Apothekengroschen abgezogen, für die Garde und die Leibtrabanten lieferte die Königliche Hofapothek zu Berlin die Arzneien unentgeltlich. Der Medicingroschen wurde 1826 abgeschafft, die Arzneiverpflegung staatlich geregelt.

Die Kriege Friedrich des Grossen gaben Gelegenheit Verbesserungen im Feldwesen zu schaffen. Der Generalchirurg Schmucker liess nach der Schlacht von Liegnitz ein Dragonerregiment absitzen und die Verwundeten zu Pferde nach Breslau bringen. „Fliegende Lazarethe“ im 7 jährigen Kriege werden von Richter erwähnt; ihre Einrichtung wird jedoch von Anderen Larrey, dem Leibarzt Napoleons, zugeschrieben. Man nahm sich der Verwundeten erst an, wenn „Victoria“ geschossen war. Dem weitausschauenden Blick des grossen Königs entgingen die Mängel nicht; es kommt nicht, sagte er: bloss auf Recepte an, sondern auf alle übrigen Anstalten, die man mit einer Armee macht: eine andere Instruction des Königs lautet: sei er hübsch Vater „und Pfleger seiner Kranken“, das ist „mein Wille und wird ihm Liebe erwerben“. Das von Theden verfasste Feldlazarethreglement vom 16. September 1787 ist eine Frucht der Feldzüge und wirkte auch fördernd auf die Garnisonlazarethe, die etwa seit 1711 bestanden. Der Rheinfeldzug 1792-95 liess die Mängel der Kriegssanität hervortreten und ganz besonders die ungenügende Schulung des Personals. Ein Mann erkannte, was noth that, es war Goercke. Sein Hauptwerk ist die Gründung der „Pepinière“ am 2. August 1795; Goercke, selbst anspruchslos begründete seinen Antrag mit den Worten: „noch nie habe ich etwas für mich erbeten, ich bitte für die unglücklichen Kranken, denen noch Niemand seine Theilnahme, sein Mitleid, seine Unterstützung versagte, sobald er ihre Noth erkannte, ich bitte für das Vaterland, für die Armee, für den Vortheil des Königs selbst“. Die Pepinière vereinigte als staat-

liche Pflanzschule die Medicin und Chirurgie, sie war nicht nur von der grössten Bedeutung für das Militärsanitätswesen, weil aus ihr die grösste Mehrzahl aller Militärärzte hervorging, sie hatte auch eine allgemeine Bedeutung in der Entwicklung der Medicin.

Mit dem Fall des alten Preussischen Soldatenthums mit Stock und Zopf fiel auch das Feldscheererthum. Die Reorganisation der Armee nach dem Frieden von Tilsit und nach Einführung der allgemeinen Wehrpflicht, nach welcher die Söhne des Volkes die waffentragende Mannschaft bildete, liess der Krankenfürsorge und Krankenpflege der Armee grössere Sorgfalt angedeihen.

Die Berichte aus den Freiheitskriegen über Kriegssanität sind ergreifend und schildern das Elend der Verwundeten und Kranken. Die Apparate waren zu schwerfällig, um rechtzeitig Hülfe zu bringen, ein Aufsuchen von Verwundeten während der Schlachten erwies sich als unthunlich; 1813 werden die ersten Medicinwagen und Karren erwähnt, die hinter den Bataillonen zu bleiben hatten. Die Einrichtung von Transportkompagnien geschah auf Anregung des Prinzen August von Preussen im December 1813. Eine neue Dienstanweisung für Feldlazarethe brachte das Jahr 1834.

Von dem Gedanken ausgehend, dass nur eine wissenschaftliche Schulung der Militärärzte die Gewähr leiste, erspriesslich für das Heer zu wirken und eine angemessene Hülfe, ein jederzeit bereites technisch und praktisch brauchbares Können für den kranken Soldaten zu ermöglichen, musste die Hebung der Leistungsfähigkeit erreicht werden.

Nicht in einer cursorischen Dressur für die gerade ausreichenden Bedürfnisse der Armee, sondern in ständiger breiter, allgemeiner ärztlicher Bildung lag die Aufgabe der Zukunft.

Mit dem Augenblick, wo jeder Arzt des Heeres Gelegenheit hatte sich das medicinische Wissen des Arztes anzueignen und die Verpflichtung bestand, vor der Anstellung als Militärarzt und weiterer Beförderung die Ablegung der allgemeinen vorgeschriebenen Staatsprüfung nachzuweisen, war die Weiterentwicklung der militärischen Krankenpflege im Frieden und Kriege gesichert. Erst an die allgemeine ärztliche Bildung schliesst sich als Fachwissenschaft die Militärmedicin an. Seit dem Jahre 1852 konnte nur ein vorher approbirter Arzt Militärarzt werden. Seit dieser Zeit hat die jetzige Kaiser Wilhelm-Akademie gleichen wissenschaftlichen Schritt mit der Berliner Universität gehalten. Die Leistungen der Aerzte, sagt Schickert, welche die Anstalten für das Heer bildeten, steigerten sich von Jahr zu Jahr.

Nachdem in Bayern 1850, Sachsen 1852, Hannover 1853 Krankenträgerkompagnien eingerichtet waren, fand ihre endgültige Einführung in Preussen 1854 statt, aus ihnen entwickelten sich später die Sanitätsdetachements. Die Sanitätsdetachements gingen nach 1866 hervor aus der fahrenden Abtheilung der früheren schweren Feldlazarethe und den Krankenträgerkompagnien.

Nach einer langen Friedenszeit gaben die Feldzüge von 1864 und

1866 Gelegenheit, die Wirksamkeit der Kriegssanität zu erproben, welche in Bezug auf die Kriegskrankenpflege einen Ausdruck in der Vorschrift vom 31. Mai 1855 und in dem Reglement vom 17. April 1863 gefunden hatte. Löffler's bahnbrechenden Organisationen in den erwähnten Feldzügen ist es gelungen in der Kriegskrankenversorgung das Erreichbare zu leisten. Im Vordergrund der Bestrebungen stand die schnelle Hülfe auf dem Schlachtfelde, die Heranziehung der Feldsanitätsanstalten und die Anwendung der Krankenzerstreuung; der Abtransport in die heimischen Lazarethe wurde verbessert und gefördert. Die Einführung der Hilfskranken Träger ist auf eigene Initiative des Prinzen Friedrich Karl zurückzuführen.

Die Nutzbarmachung der wissenschaftlich-technischen Fortschritte in der Krankenpflege, niedergelegt in der Instruction vom 29. April 1869 über das Sanitätswesen der Armee im Felde, entwickelte sich aus den Erfahrungen der Kriege und liessen einen Ausbau in der Zukunft erhoffen; die Leitung der Sanitätsanstalten wurde immer mehr in die Hand des Militärarztes gelegt.

Die Leistungen der Deutschen Heeressanität im letzten Feldzuge 1870/71 sind berichtet im Sanitätsbericht, auf den hier verwiesen werden muss und der eine Fülle von Beobachtungen und Erfahrungen darbietet.

Als eine Frucht dieser Erfahrungen ergab sich als wissenschaftlich-technische Errungenschaft der Inhalt der Kriegssanitätsordnung vom 10. Januar 1878. Ihr folgte 1887 die Kriegsetappenordnung, 1888 die Krankenträgerordnung. Die Erfahrungen der Kriege in Bezug auf die Krankenpflege haben ihren Einfluss auf die Friedenssanität nicht verfehlt. Ihre werthvollste Errungenschaft war die Einführung von Chetärzten auch in die Friedenslazarethe vom 12. October 1872, die den Befehl über das Lazareth führen und so bereits im Frieden Gelegenheit haben sich für ihre Kriegsthätigkeit vorzubilden.

Mit der wissenschaftlichen Bedeutung der Armeegesundheitspflege, mit der Erforschung der ätiologischen Momente, mit der Einführung und Vervollkommenung der antiseptischen Wundbehandlung, mit ihrer Durchführung zur aseptischen, ging Krankenversorgung und Krankenpflege Hand in Hand. Es hiesse den ganzen Inhalt der Sanitätsordnungen hier erschöpfen, um zu beweisen, dass der kranke Deutsche Soldat nicht so billig als möglich, sondern so gut als möglich verpflegt wird. Die Deutschen Garnisonlazarethe sind Musteranstalten in ihrer Versorgung und Pflege. Der reichhaltige Etat an Arznei, Verbandmitteln, an chirurgischen Instrumenten, eine reichliche geeignete Krankenbeköstigung, eine sorgsame Behandlung und persönliche Theilnahme und Pflege, ein humanes Wirken bis ins Einzelne hinein, lassen weitgehende Anforderungen erfüllen und gewähren auch für die Zukunft die Aussicht, die Fortschritte der Wissenschaft und Pflegetechnik, an Pflegepersonal und Material dem kranken Soldaten nutzbar zu machen. Von der Ausdehnung der Krankenpflege geben neuerdings die Ausstellungen, in denen

das Militärmedicinalwesen, wie es sich im Frieden und Kriege darstellt, vertreten ist, ein anschauliches Bild.

So hat die allgemeine Ausstellung für Nahrungsmittel, Volksnahrung, Armee- und Marineverpflegung vom Jahre 1897 in der Gruppe XVIII und XIX eine umfassende Kenntniss der Heeresverpflegung für kranke Soldaten dargethan und den Umfang der Fürsorge erschöpfend geschildert.

Von ganz besonderem Interesse aber war die in der Zeit vom 1.—16. October in Berlin stattgefundene Ausstellung vom Rothen Kreuz. Diese Ausstellung namentlich hat Gelegenheit gegeben den Umfang der Kriegskrankenpflege weitesten Kreisen anschaulich zu machen.

Die Verbreitung der Kenntnisse des Kriegssanitätsdienstes ist als eine Nothwendigkeit anerkannt, der Umfang der amtlichen und der freiwilligen Hülfe in einer erschöpfenden Weise dargethan worden. Bei dem lebhaften Interesse, welches im Falle eines Krieges der Kriegskrankenpflege entgegengebracht wird, ist es nöthig, den Bestimmungen gemäss sich das vor Augen zu stellen, was geleistet werden muss und was geleistet werden kann für den verwundeten Krieger. In der Erkenntniss dieser Dinge ist dem amtlichen Catalog ein Auszug aus den Dienstvorschriften vorgedruckt worden. Gerade diese Dinge sind für das Verständniss ganz besonders wichtig.

Die Gesamtausstellung des königlich Preussischen Kriegsministeriums umfasste den Kriegssanitätsdienst vom Truppenverbandplatz bis zum Reservelazareth in der Heimath. Auf gedrängtem Raume gab sie die Ausrüstung des Heeres mit Kriegssanitätsmaterial zur Darstellung und liess bis ins Einzelne hinein erkennen, wie sich der Transport eines Verwundeten vom Schlachtfeld bis zur Ankunft in der Heimath abspielt.

Das Oesterreichische Sanitätspersonal wirkt unter der Leitung des Militär-sanitätscomités. Die Militärärzte wirken als Leiter der Militärspitäler, den mechanischen Theil versieht die Sanitätstruppe. Die Feldarmee erhält einen Armeeechefarzt, unter ihm wirken Sanitätschefs; der Sanitätstruppe des Friedens entsprechen die Feldsanitätsabtheilungen, hierzu treten die Festungssanitätsabtheilungen und die Reservesanitätsabtheilungen. Seit 1864 giebt es Blessirtenträger, die in Bandagen-träger und Transportpersonal zerfallen und in den Kriegsspitälern als Sanitätssoldaten Verwendung finden, diese Träger sind bei der Artillerie erst neuerdings eingeführt. Neben den Truppenspitälern giebt es Garnisonspitäler, beide stehen unter Militärärzten. Für Leichtkranke werden Marodenhäuser errichtet, die Divisionssanitätsanstalten, die Feld- und Reservespitäler, Feldmarodenhäuser stehen neuerdings unter Militärärzten. Das neue Reglement von 1894 schildert im 1. Theil den ärztlichen Dienst in den stabilen Spitälern, der auch für die Feldspitäler maassgebend ist. Aufnahme, Verhalten, Unterbringung, Abgang, Beköstigung, Bestimmung für Marodehäuser werden besprochen.

In Italien besteht das Sanitätscorps aus Sanitätsofficieren und Sanitätscompagnien. Der Maggiore Generale medico ist Vorsitzender

des Comitato di sanità militare. Die Compagnien sind Bestandtheile der Lazarethe; bei den Truppen wirken besondere Portaferiti. Die Verhältnisse sind von Kern geschildert (Deutsche mil. Zeitschr. 1885. S. 9). Für die Sanitätscompagnien ist seit 1895 eine neue Instruction erlassen. Für die Sanitätsausrüstung im Felde sind vorgesehen Sanitätstornister, Sanitätsdoppelsäcke, Sanitätsdoppelkoffer, Sanitätskoffer für Alpentruppen und Bergabtheilungen, Sanitätskarren, Krankentransportwagen, Feldlazarethe und Lazarethzüge. Tschudi hat das neue Militärspital in Rom beschrieben (Roth. 1896. S. 150). In jüngster Zeit ist der antiseptische Etat bedeutend vermehrt worden. Neuerdings wird das Italienische Sanitätswesen durch das Sanitätsinspectorat geleitet. Unter ihm wirken 12 Militär-sanitätsdirectionen, 24 Directionen der Hauptspitäler und 12 Sanitätscompagnien.

Das Sanitätswesen der Griechischen Armee ist neuerdings von Kowalk geschildert, es nähert sich deutschen Verhältnissen.

In Frankreich steht die Leitung des Militär-sanitätsdienstes unter dem Directeur du service de santé, Divisionsärzte giebt es nur im Kriege bei den Kavalleriedivisionen. In den Lazarethen sind Chefärzte der Leiter, doch ist die Mitwirkung der Intendance eine sehr weitgehende. Das Unterpersonal zerfällt in Infirmiers und Brancardiers. Frankreich hat seit 1892 eine Kriegs-Sanitäts-Ordnung, seit 1887 sind die Verwaltungsofficiere den Lazarethen unterstellt.

Die Schulen im Val de gräce und Lyon sorgen für die Ausbildung der Militärärzte. Ein neues Reglement beschäftigte sich mit dem Etappendienst. Die Kavallerie hat in der Gefechtsform kleine Krankenwagen, aber keine Krankenträger, ebenso die reitende Artillerie.

Jedes Infanterieregiment hat einen Krankenwagen; auf die Hüte der Musikcorps (als Träger) wird gerechnet. Das Verbandpäckchen ist seit 1894 eingeführt.

In Russland bewirken den Sanitätsdienst Aerzte, Feldscheere, Hospitaldiener und Sanitäre (Feldkrankenträger). Die Feldscheere sind Arztgehilfen. Die Oberleitung ruht in den Händen der Hauptmilitärmedicinalverwaltung, welcher ein Arzt, der Obermilitärmedicinalinspector vorsteht. Wissenschaftliche Fragen erledigt der Gelehrte Militärmedicinalausschuss, beziehungsweise der Obermilitärhospitalausschuss, im Felde die Feldsanitätsverwaltung.

Weitere Reformen sind von Wahlberg geplant worden. Eine neue Organisation besteht seit 1887. Den Krankentransport bewirken Sanitätszüge. Jede Infanteriedivision hat 8 Feldhospitaler, sie sind beweglich. Im Uebrigen hat auch hier die deutsche Kriegs-Sanitäts-Ordnung als Muster gedient.

Das Hauptmilitär-sanitätscomité begutachtet alle Neuerungen auf dem Gebiet der Kriegskrankenpflege.

Der Schwerpunkt der Thätigkeit der Krankenträger ist auf das Fortschaffen gerichtet; beim Divisionslazareth sind Krankenträgercompagnien.

In England bildete sich seit 1796 ein Sanitätscorps, welches einem Generaldirector unterstellt in Physicians Surgeons und Apotheker zerfiel. Das Unterpersonal wurde 1857 in ein army hospital corps vereinigt. Neuerdings besteht die Sanitätsorganisation in einem medical staff und einem medical staff corps. Die Sanitätsmannschaften werden in den Lazarethen unterwiesen, jede Division hat eine Krankenträgercompagnie. Seit 1886 sind neue Bestimmungen über den Sanitätsdienst geltend geworden. Ein umfangreiches Blaubuch über die Indische Armee beschäftigt sich auch mit dem Kriegssanitätsdienst. Evatt hat den Dienst der Krankenträgercompagnien beschrieben. Die Feldlazarethe zerfallen in solche an der Operationsbasis und in Evacuationslazarethe. Die neue Dienstanweisung von 1893 giebt u. A. eine Beschreibung des Sanitätsmaterials im Felde. Neuerdings werden regelmässige Krankenträgerübungen abgehalten.

Den englischen Feldsanitätsdienst schildert Macnamara; jedes Corps hat 13 Feldlazarethe, den Krankentransport bewirken 2 Traincompagnien mit 26 Krankenwagen (ambulance wagons), ausserdem 1320 Miethswagen.

Die Militärkrankenpflege in Spanien ist durch Hümmerich's Berichte bekannt geworden. Der an der Spitze stehende Armeegeneral ist zugleich Chef der Intendantur; unter ihm steht die Direccion General de Sanidad militar.

In neuerer Zeit sind Reorganisationen erfolgt, die eine Verbesserung der Kriegskrankenpflege erwarten lassen.

Es ist eine Militärsanitätsacademie begründet, von der Sanitätsbrigade versieht eine Abtheilung den Sanitätsdienst bei den Lazarethen, die andere bei den Ambulancen.

In Schweden ist der Kriegssanitätsdienst nach Deutschem Muster geordnet. Eingeführt ist ein Lehrbuch des Krankendienstes für Gemeine.

In der Schweiz ist die Militärorganisation der Krankenpflege nach Deutschen Vorgängen erfolgt. Die Leitung liegt in der Hand der Sanitätstruppe als eigener Truppe, auch in Norwegen ist eine besondere Sanitätstruppe formirt, die Mobilmachung unterliegt dem Sanitätsgeneral.

In Dänemark liegt die Lazarethverwaltung seit 1886 in den Händen des Chefarztes. Im Felde stellt das Rothe Kreuz die Krankenpflege. Jede Brigade hat einen Ambulancen mit 136 militärischen Krankenträgern. Tragen, Verbandtornister und Sanitätswagen nach Preussischen Modellen werden mitgeführt. Fliegende Feldlazarethe für 100 Kranke und stehende Kriegslazarethe sind vorgesehen.

In Japan werden nach Mori Militärärzte seit 927 p. Chr. erwähnt. An der Spitze steht jetzt ein Generalstabsarzt, der Unterricht findet an militärärztlichen Schulen im Anschluss an die Universitäten statt. Eine Reihe Preussischer Militärärzte wirkt an diesen Schulen. Während des Chinesischen Krieges wurden Feldlazarethe errichtet, in denen die Pflege der Verwundeten nach Europäischen Grundsätzen erfolgte.

Das Sanitätswesen der Vereinigten Staaten hat sich modernen

Anschauungen gemäss entwickelt. Amerika ist im Secessionskriege mit dem Barackenbau vorgegangen und hat seine Feldlazarethe sehr zeitig unter die einheitliche Leitung von Chefärzten gestellt.

Es hat nicht an Reformvorschlägen gefehlt, in einem Zukunftskriege eine neue Organisation der Sanitätstaktik und Technik bei der veränderten Art der Gefechtsführung, bei der Wirkung der neuen Feuerwaffen zu schaffen. Einige der Reformen sind schon im Vorstehenden erwähnt, es ist auf diesem Gebiet eine sehr grosse Thätigkeit entfaltet worden.

Der Streit der Meinungen erhob sich zunächst um das Verbandpäckchen und um die Asepsis auf dem Schlachtfelde. Auf dem X. internationalen medicinischen Congress war die Frage angeregt worden, ob die antiseptische Wundbehandlung einheitlich innerhalb der verschiedenen Armeen gestaltet werden kann und ob sich ein aseptischer Verlauf der Wundbehandlung auch mit dem Sanitätsmaterial einer fremden Armee erreichen lässt. Verbandpäckchen sind u. A. von Longmore, Tremaine, Wagner, Bram, Zimmert construirt worden. Die Frage, ob ein Verbandpäckchen in wirksamer Weise Anwendung findet und wie sich danach die Asepsis der ersten Wunden gestalten wird, kann, wie oben erwähnt, nur ein grosser Zukunftskrieg entscheiden. Die Improvisationstechnik ist besonders von Port, dem Meister auf diesem Gebiet, und Hassler weiter ausgebaut worden. Die Beleuchtung der Schlachtfelder zum Absuchen von Verwundeten ist von Mendini, Horst, Wächter, Doby und Wels gewürdigt worden. Für die elektrische Beleuchtung der Schlachtfelder trat besonders Mundy ein (Roth 1891, S. 113). Im Garnisonlazareth Stockholm sind neuerdings Versuche mit einem Beleuchtungswagen angestellt (Roth 1896, S. 132). Neuere Beleuchtungswagen sind von Schuckert angegeben. Man hat weiter Versuche mit einem neu construirten „Beleuchtungswagen“ anstellen lassen, die günstige Resultate ergeben haben. Der Beleuchtungswagen besteht aus einem vierrädrigen Kasten, ähnlich den Munitions- und Krankenwagen der deutschen Armee, und dient dazu, das Schlachtfeld elektrisch zu beleuchten, was vor Allem für das Aufsuchen von Verwundeten von grösster Bedeutung sein dürfte. Zu diesem Zwecke enthält er einen fünfpferdigen Petroleummotor, System der Daimler'schen Motorengesellschaft in Cannstadt, der den Vorzug hat, unabhängig aller Orten zu functioniren. Der Motor ist in drei Minuten angeheizt und arbeitet 15 Stunden, ehe eine Neufüllung des Petroleumreservoirs nöthig wird. Die Betriebskosten sind gering. In Verbindung hiermit steht nun eine Dynamomaschine von 65 Volt und 40 Ampère (aus der Maschinenfabrik Esslingen), die ihrerseits einen von Siemens u. Halske construirten Scheinwerfer bedient, der mit seinem gewaltigen Reflector das Licht stark und weit zu werfen im Stande ist. Der ganze Apparat ist verhältnissmässig sehr leicht, ohne viel Platz in Anspruch zu nehmen; der Wagen führt sogar noch alle erforderlichen Messapparate und Geräthschaften, sowie vier eiserne Lampenmasten mit, die bestimmt sind, vier

Bogenlampen (à 800 Normalkerzen) zu tragen, um bei Errichtung eines fliegenden Lazareths u. dergl. gleich ein ruhiges und gleichmässiges Licht zur Verfügung zu haben.

Weiterhin drehten sich die Anschauungen um die Anwendung der Genfer Convention auf die Hilfskrankenträger (Blessirtenträger). Es wird empfohlen, das gesammte sich mit dem Fortschaffen befassende militärische Personal unter die Genfer Convention zu stellen. Die Vermehrung der Zahl der Krankenträger wird von Billroth und Mundy warm befürwortet.

Ferner handelt es sich um den Transport selbst. In seinem Werk: „Den Kriegsverwundeten ihr Recht“ schlägt Port vor, die Tragen auf Walzen laufen zu lassen, um beim Rücktransport eine Deckung in Anlehnung an das Gelände möglichst auf ebener Erde zu gewinnen oder die Tragen an Karren unter die Achse zu hängen (Moijs System). Port spricht sich ferner für Einführung eines Krankenwagens für jedes Bataillon aus, der die Verwundeten zurückfahren soll; weitere Vorschläge sind von Baumann, Scheibe, Leu und Jacoby gemacht worden, hierher gehört auch der Goldenberg'sche Einheitswagen (Roth 1894, S. 20)<sup>1)</sup>. In den Vereinigten Staaten werden für den Gebirgstransport Maulthiere und Pferde verwendet, die Engländer besitzen Maulthiertragen, die Schweiz hat besondere Gebirgsambulancen. Das Kameel im Kriegsdienst ist von Heyfelder geschildert worden (Roth 1887, S. 156).

Port hat in seinem bekannten Werk der feldärztlichen Improvisationstechnik improvisirte Kochanstalten angegeben. Er schildert Kochgruben und Heerde einfachster Construction, einen Rasenkochheerd, einen Lehmkochheerd. Der Feldkochherd für tragbare Portionskochgeschirre von Kurd Hahn, welcher die gleichzeitige Zubereitung von 50 Portionen gestattet und aus einer eliptischen Blechplatte mit Ausschnitten für 30 Kochgeschirre und einem Schornstein besteht, sowie der Kochapparat für eine Compagnie im Felde desselben Erfinders, der sich zusammenpacken lässt, kann für die Verwundetenverpflegung Verwendung finden. Fahrbare Feldbacköfen sind von Geneste construirt worden. Die feldärztlichen Improvisationen sind neuerdings von Gschirhagl zusammengefasst worden.

Reiche Erfahrungen in den Kriegen der letzten Jahrzehnte sind in Bezug auf Krankenversorgung und Krankenpflege in den Berichten niedergelegt, wie sie alljährlich in den Roth'schen Zusammenstellungen (Jahresberichte) über die Leistungen und Fortschritte auf dem Gebiet des Militärsanitätswesens als Ergänzungsband zur Deutschen militärischen Zeitschrift erscheinen. Es sei hier darauf hingewiesen, insbesondere auf die Kriege, in denen die neuen Feuerwaffen zur Verwendung kamen. Ein abschliessendes Urtheil wird sich erst im Zukunftskriege ermöglichen lassen, in welcher Weise die Fortschritte in der Bewaffnung, in den Aen-

<sup>1)</sup> Neuerdings sind Versuche mit dem Einrad von Jacoby-Helldörfer gemacht worden, die wahrscheinlich eine Zukunft haben. Mil. Zeitschr. 1894. S. 100.



derungen der Gefechtsweise ihren Einfluss auf Kriegskrankenversorgung und Kriegskrankenpflege haben werden.

Was das numerische Verhältniss des Sanitätspersonals zu den Kämpfern anbetrifft, so kamen einer Darstellung Froelich's folgend unter Napoleon I. auf 1 Million Soldaten 8000 Chirurgen, im Krimkrieg hatten die Franzosen einen Arzt für 1225 Mann, die Engländer anfangs einen Arzt für 266 Mann, später 1 Arzt für 415 Mann; bei Magenta kamen auf einen Arzt 175, bei Solferino 500 Verwundete, bei Novara 6 Aerzte für 4000 Verwundete. Im Krieg 1864 hatte jedes Preussische Korps, 30 000 Mann, 264 Aerzte, 350 Lazarethgehilfen, 144 Krankenküster und 203 Krankenträger. Die Zahl der Preussischen Aerzte betrug 1866 1762; der Solletat war Mitte August bis auf 250 gedeckt: 1870/71 waren im Ganzen beschäftigt 6054 Aerzte beim Norddeutschen Heere, der Feldetat betrug in Bayern 469, in Baden 125, in Württemberg 72. Nach dem Statistiker Engel hatten die Franzosen 1870/71 einen Arzt auf 500, die Deutschen bei der mobilen Armee einen Arzt auf 250 Mann.

Was die Kriegsverluste des Sanitätspersonals anbetrifft, so sind nach Roth 1813/15 von 2170 Preussischen Militärärzten 10 auf dem Schlachtfeld gefallen; 42 verwundet, 148 und 76 Civilärzte in Lazarethen verstorben. Die Oesterreichische Armee verlor nach A. L. Richter 1848/50 von 1500 Feldärzten 354; 230 starben davon am Typhus. Im Krimkrieg starben nach Chenu 82 Französische Aerzte; von 2839 Aerzten starben auf Russischer Seite 354; 1866 wurden bei der Preussischen Armee verwundet 7 Aerzte, 10 Lazarethgehilfen, 2 Krankenträger, gefallen sind 8 Lazarethgehilfen, gestorben 16 Aerzte; 1870/71 fielen auf Deutscher Seite 7 Aerzte, an Wunden starben 4, an Sturz mit dem Pferd 2, an Krankheiten sind 33 gestorben; verwundet wurden 63 Aerzte.

Der Vollständigkeit halber füge ich einige kurze Zahlen über die Kriegsverluste an. Die Zahlen sind dem Froelich'schen Werk „Militärmedizin“ entnommen.

In der Schlacht bei Cannae fielen 45 000 Fusssoldaten und 2700 Reiter, in der Schlacht von Fontenay fielen 100 000 Franken, bei Mersburg fielen 933 80 000 Barbaren, in der Schlacht auf dem Marchfeld 14 000 Streiter; bei Pultawa fielen 10 000 Schweden. Im Gefecht bei Soor fielen von 18 000 Preussischen Soldaten 1500; 3000 wurden verwundet; bei Kesselsdorf fanden sich 1604 Tode und 3158 Verwundete, bei Leuthen waren von 90 000 Oesterreichern 3000 Tode 6000 Verwundete. Napoleon I. verlor von 4 $\frac{1}{2}$  Millionen Soldaten in den Jahren 1792 bis 1815 150 000 Mann auf den Schlachtfeldern, 2 $\frac{1}{2}$  Millionen starben in den Spitälern. Nach Colb erlagen in der Zeit von 1793–1815 11 $\frac{1}{2}$  Millionen den Wunden, 6 $\frac{1}{2}$  Millionen Krankheiten. In der Schlacht bei Bautzen fanden sich bei 150 000 Streichern 5000 Tode, 14 000 Verwundete, bei Leipzig von 170 000 Streichern 20 000 Tode, 30 000 Verwundete. Für Schleswig-Holstein wurden in den Jahren

1848—50 1364 Tode durch Verwundung, 1050 durch Krankheit berechnet. Im Krimkrieg fielen nach Chenu 53 009 Mann, 731 991 starben an Krankheiten. Nach Hausner starben im Italienischen Kriege 1859/60 129 874, bei Solferino starben von 126 722 Oesterreichischen Streitern 13 000 Mann. Im Nordstaatenheer starben an Krankheiten 224 586, an Wunden 43 000, gefallen 67 038; vom Südheer starben an Krankheiten 120 000, an Wunden 20 893. Vom Preussischen Heer wurden 1864 verwundet 2443, in der Schlacht fielen 422, später gestorben 316; 1866 starben auf Preussischer Seite 2553, nachträglich erlagen der Wunden 1519; verwundet waren 16 284; an Krankheiten starben 1427; die Oesterreicher zählten 24 096 Verwundet; es fielen 8873. Bei einer Höchstmobilstärke von 949 337 Mann wurden 1870/71 auf Deutscher Seite 116 821 Verwundungen gezählt, gefallen sind 17 255 und später gestorben 11 023. Frankreich verlor 138 871 durch Tod. Im Chilenischen Kriege wurden 13 868 Tode, 11 251 Verwundete aufgezählt. Von den neueren Kriegen berichten die Roth'schen Jahresberichte über die Leistungen und Fortschritte auf dem Gebiete des Militär-sanitätswesens und muss auch hier auf diese wichtige Quelle der Belehrung verwiesen werden.

Die neue Phase der freiwilligen Kriegskrankenpflege datirt seit der Entstehung des Genfer Vortrages. Sie selbst ist weit älter. Ad matres, sagt Tacitus, ad conjuges vulnera ferunt. Die biblische Samariteridee verkörperte sich in den Deutschen Ritterorden während der Kreuzzüge. Fromme Männer- und Weiberorden setzten das Liebeswerk fort. Unter der Führung fürstlicher Frauen entstanden mit dem Beginn der Freiheitskriege zahllose Wohlthätigkeitsvereine, Nächstenliebe und Barmherzigkeit zeigten sich in edelster Gestalt. Im Krimkriege leuchteten die Thaten der Miss Nightingale. Der Johanniterorden verpflegte 1864 Verwundete dreier Armeen und brachte Hilfe in freiwilliger Thätigkeit. Aus der blutigen Saat von Solferino erwuchs somit eine edle Frucht, die Gräuel der Schlachten fachten die freiwillige Begeisterung patriotischer Männer- und Frauenherzen in internationaler Ausdehnung an, nunmehr gemeinsam eine organisirte Hilfe im Anschluss an die staatliche zu schaffen. Das internationale Rothe Kreuz als Gesamtausdruck freiwilliger Thätigkeit in der Kriegskrankenpflege hat den Gedanken Dunants verwirklicht. Der Kern des Volkes steht in einem Zukunftskriege in Waffen, alle Gesellschaftsklassen haben das gleiche Interesse das Loos des Kranken und Verwundeten zu lindern. Es ist die Frage aufgeworfen worden und sie hat seit Billroth's Rede in der Oesterreichischen Delegation am 2. December 1891 eine neue Anregung erfahren: Reicht denn der staatliche Sanitätsapparat aus in Folge der Verbesserung der modernen Kriegsgeschosse und des rauchschwachen Pulvers? Er reicht aus, weil die Militärverwaltungen ein wachsames Auge haben und mit ihrer Kriegssanität den Forderungen der Neuzeit folgten. Die Deutsche Kriegs-Sanitäts-Ordnung vom 10. Januar 1878 hatte schon eine Antwort auf obige Frage in dem Sinne gegeben, dass von dem Patri

tismus des Deutschen Volkes nach den bisherigen Erfahrungen eine regere Betheiligung an der Fürsorge für die Pflege der Verwundeten und Kranken des Heeres zu erwarten sei. Die Militärverwaltung arbeitet innerhalb der Grenzen des Erreichbaren, sie nimmt die Mitarbeit der freiwilligen Krankenpflege als eine sittliche Verpflichtung, wie Krieger sagen, an. Die freiwillige Kriegsrankenpflege ist die Vermittlerin zwischen dem staatlich Erreichbaren und den Forderungen der allgemeinen Menschenliebe, sie ist ein liebeswerkthätiges Aufgebot des amtlichen Kriegssanitätsdienstes, der sie leitet und überwacht und dem sie organisatorisch angegliedert wird.

Nur in diesem Sinne kann und darf sie wirken, und erst seitdem diese Erkenntniss sich Bahn gebrochen und zum Verständniss gelangt ist, wirkt sie in ihrer freiwilligen Eigenschaft festgefügt und segensreich.

Die Aufgabe der freiwilligen Krankenpflege besteht in der Unterstützung des staatlichen Kriegsrankenpflegedienstes in allen drei Bereichen: die freiwillige Krankenpflege ist in Deutschland kein selbstständiger Factor neben der staatlichen, sie wird beim Ausspruch der Mobilmachung dem staatlichen Organismus eingefügt und von den Staatsbehörden geleitet.

#### Personal.

Die oberste Leitung hat der Kaiserliche Commissar und Militärinspecteur der freiwilligen Krankenpflege, ihm steht ein ständiger Beirat zur Seite. Der Vorsitzende des Central-Comités der Deutschen Vereine vom Rothen Kreuz ist Mitglied der Centralstelle des Kaiserlichen Commissars. Letzterer leitet im Einverständniss mit dem Generalinspecteur des Etappen- und Eisenbahnwesens den Dienst der freiwilligen Krankenpflege auf dem Kriegsschauplatz, im Inlande wirkt ein stellvertretender Militärinspecteur. Der Commissar hält Verbindung mit dem Kriegsministerium und dem Chef des Feldsanitätswesens.

Die Delegirten wirken mit den leitenden Militärärzten, welche in Betreff der Bedürfnissfrage und in allen sachlichen Beziehungen die Entscheidung haben.

Bei der Feldarmee tritt zu jeder Etappeninspection ein Armeedelegirter, jedem Feldlazarethdirector wird ein Corpsdelegirter beigegeben, zu jeder Krankentransportkommission tritt ein Etappendelegirter, an jeder Sammelstation ist ein Unterdelegirter. Bei der Besatzungsarmee sind Corpsdelegirte, Festungsdelegirte, Reservelazarethdelegirte, Landesdelegirte. Delegirte werden vom Kriegsministerium bestätigt. Die angenommenen Aerzte der freiwilligen Krankenpflege werden gleichfalls bestätigt.

Das Personal muss Deutscher Nationalität sein, darf weder militärpflichtig noch dem activen Dienststande, noch dem Beurlaubtenstande angehören; land

Das Personal muss über 40 Jahre alt sein, körperlich gesund, gebildet, unbescholten und zuverlässig sein, es ist den Kriegsgesetzen unterworfen.

Freiwillig ist, wie Criegern sagt, strenggenommen nur noch der Entschluss theilzunehmen an den Aufgaben; mit dem Entschluss tritt eine sittliche Verpflichtung und ein gesetzlicher Zwang ein.

Bei der Armee gliedert sich das Personal in Lazarethpersonal, welches als Lazarethdetachement dem Kriegslazarethpersonal angegliedert wird, in freiwilliges Begleitdetachement für Krankentransport, in Personal für Verband und Erfrischungsstationen, in Depotpersonal auf den Sammelstationen; bei der Besatzungsarmee unterscheidet man Lazarethpersonal und Transportpersonal. Das Personal erhält freie Unterkunft und Beköstigung, auch eine Geldvergütung, freie Bahnfahrt u. s. w.; es trägt eine Felduniform nach neuem Muster mit gestempelter und bezeichneter Binde mit dem Genfer Kreuz.

Die Deutschen Vereine vom Rothen Kreuz, die mit ihnen verbündeten Deutschen Landes-Vereine sowie die Ritterorden (Johanniter, Malteser, St. Georgs Ritter) sind berechtigt, den Kriegssanitätsdienst zu unterstützen. Gesellschaften u. s. w., welche zu den genannten Vereinen in keiner Beziehung stehen, sind ausgeschlossen, doch hängt ihre Zuziehung in jedem einzelnen Falle von der Genehmigung des Kriegsministeriums ab.

Es kann somit in Zukunft Niemand mehr zur freiwilligen Kriegskrankenpflege gehören, wenn er nicht einem der Vereine angehört, deren Zulassung genehmigt ist; es darf persönlich keine Hilfe ausserhalb der Vereine stattfinden, kein derartiger Verein darf ausserhalb des Vereinsbundes stehen. Die Deutschen Vereine vom Rothen Kreuz, die Deutschen Landesvereine einschliesslich der Frauenvereine vom Rothen Kreuz stehen unter dem Central-Comite. Die genannten Ritterorden bilden Krankenpfleger und Krankenpflegerinnen aus, geben Sanitätsmaterial und stellen Ordensspitäler zur Verfügung.

Die Zahl der Frauenvereine ist eine grosse; als Hauptverein treten hervor der vaterländische Frauenverein in Preussen, der Bayrische Frauenverein, der Albertverein in Sachsen, der Württembergische Wohltätigkeitsverein, der Badische Frauenverein, der Alice-Frauenverein in Hessen, der Mecklenburgische Marien-Frauenverein u. A. m. Seit 1871 besteht ein Verband Deutscher Frauenvereine. Das Central-Comité besteht seit 1869. Es ist der berufene Rathgeber für folgende Landesvereine: Preussischer Verein zur Pflege im Felde verwundeter und erkrankter Krieger 1864 gegründet, Bayrischer Landeshilfsverein, internationaler Verein zur Pflege im Kriege verwundeter und erkrankter Krieger in Sachsen, Württembergischer Sanitätsverein, Männerhilfsverein in Baden, Hilfsverein in Hessen, Vereine in Weimar, Mecklenburg, Oldenburg, Anhalt, Braunschweig, Sachsen-Altenburg, Schaumburg-Lippe und der freien Städte. Seit 1877 besteht eine Uebereinkunft zwischen den Männer- und Frauenvereinen in Preussen zur Lösung gemeinsamer Fragen im Wechselverkehr der beiden Vorstände und gemeinsamer Arbeit im Central-Comité, das Zusammenarbeiten findet seinen practischen Ausdruck in den Zweigvereinen und setzt sich in den Provinzialvereinen der Landesvereine fort. Das

Zusammenwirken ist auch in den anderen Deutschen Vereinen erfolgt oder wird angestrebt.

Das geschulte Krankenpflegepersonal besteht aus den katholischen Ordensschwestern, den Diakonissen und den Schwestern vom Rothen Kreuz, den Lehrpflegerinnen und dienenden Schwestern des Johanniterordens, Victoria-Olga-Schwestern, Rittberg'schen Schwestern, Verein Augustahelm, den Pflegerinnen des Märkischen Hauses für Krankenpflege zu Berlin u. s. w. Krankenpfleger entsendet abgesehen von den Ritterorden die Brüderanstalt Karlshöhe, das Ordensstift in Kraschnitz, die Genossenschaft freiwilliger Krankenpfleger im Kriege von Director Wichern, dem Vorsteher des Rauhen Hauses in Hamburg. Die Genossenschaft ist eine selbstständige Organisation, die dem Central-Comité angegliedert ist. Sie zerfällt in Verbände und Landesvereine und sichert eine systematische Ausbildung in der Kriegsrankenpflege.<sup>1)</sup>

Das geschulte Begleit- und Transportpersonal stellt sich dar aus den Sanitätscolonnen, Krankentransportcolonnen, den freiwilligen Krankenträgern der Männerzweigvereine vom Rothen Kreuz, den Sanitätscolonnen der Deutschen Kriegervereine, den Turner- und Feuerwehrsanitáts corps, und anderen freiwilligen Sanitätscolonnen soweit dieselben nach den erwähnten Bestimmungen durch Anschluss an die zugelassenen Organisationen die Genehmigung zur Betheiligung erhalten.

Es ist klar, dass nur ein ausgebildetes Personal Verwendung findet und sich nützlich machen kann; in zweiter Reihe kommt eine gewisse militärische Schulung, deren Kernpunkt in Pflichteifer und Unterordnung besteht. An der Ausbildung haben sich von jeher Militärärzte in reichster Weise betheiligt. Neben dem theoretischen Unterricht und dem Verständniss der Aufgaben des Pflege- und Transportpersonals ist die praktische Durchbildung unerlässlich. Die Wiederholung der Course muss für die Vereine zu einem regelmässigen Dienst werden. Die Friedensarbeit muss auch hier die Kriegsverhältnisse im Auge halten. Der Inhalt des Unterrichtsbuches für freiwillige Krankenpfleger und der Rühlmann'sche Leidfaden genügt in erschöpfender Weise den Anforderungen, die an einen freiwilligen Krankenpfleger und Träger zu stellen sind.

### Sanitätsmaterial.

Die freiwillige Krankenpflege hat planmässige Vorbereitungen für den Mobilmachungsfall zu treffen. Eine Organisation dieser Vorbereitung hat nach der Pannwitz'schen Anleitung in der neuesten Zeit eine ganz besondere Ausdehnung gewonnen, nachdem früher schon Brinkmann und Treuenpreuss auf die Nothwendigkeit der Friedensvorbereitung hingewiesen hatten. Das Kriegsministerium hat das Recht, die Vorbereitungen zu prüfen. In der Regel handelt es sich um Gegenstände,

<sup>1)</sup> Ich verweise hier auf den Aufsatz von Dietrich im I. Band dieses Handbuchs.

welche die Militärverwaltung nicht liefert, auch zu liefern nicht beabsichtigt. Einem weitverbreiteten Irrthum darf auch hier vielleicht mit der Angabe gewehrt werden, dass sogenannte „Liebesgaben“ für gesunde Truppen bestimmt sind. Die Sendung von Liebesgaben unter der Genfer Flagge sind ein Unfug gewesen. Arznei, Verband, Pflegemittel bedürfen einer gewissen Probemässigkeit, für die das Central-Comité eine Anleitung gegeben hat, der die staatliche Behörde zustimmte. Die alljährlich vom Kaiserlichen Commissar dem Kriegsministerium zu gebende Uebersicht an Material erstreckt sich auch auf die Kriegsbrauchbarkeit. Die Gegenstände des „freiwilligen Etats“ führen die Anlagen III—IV des Criegern'schen Lehrbuches auf. Besonders hinzuweisen wäre ausser diesem Etat auf die Beschaffung transportabler Baracken und Lazarethe, die Bereitstellung von Sanitätszügen, von zusammenlegbaren eisernen Bettstellen, die Einrichtung von Vereinslazarethen, sowie das Material für Verband, Ueberwachungs-, Erfrischungsstationen.

Die Sammlung des Materials geschieht in Vereins- und Hilfsdepots, die als ständige Friedenseinrichtungen geschaffen worden sind.

#### Verwendung und Sanitätseinrichtungen der freiwilligen Hilfe.

Im Anschluss an die operirende Armee kann ausnahmsweise unter besonderen Nothständen die Verwendung freiwilliger Sanitätsformationen stattfinden. Hierzu gehört die Genehmigung des Obercommandos. Es wird in diesem Falle eine freiwillige Transportcolonne einem Sanitätsdetachment angeschlossen, die sich, dem Commandeur unterstellt, ohne Genehmigung nicht trennen darf. Die Einrichtung von Lazarethen auf dem Kriegsschauplatz unterliegt der Genehmigung.

Im Bereich der Etappeninspection finden freiwillige Sanitätscolonnen als Begleitpersonal für Krankentransporte Verwendung. Für die Etappenlazarethe stellt die freiwillige Krankenpflege das Pflegepersonal. Pflegepersonal für Feld- und Kriegslazarethe kann bei längerer Etablierung auf Veranlassung der Kommandobehörden herangezogen werden. Die freiwillige Krankenpflege kann einen Lazarethzug aus eigenen Mitteln und unter eigener Verwaltung stellen. Für Hilfslazarethzüge kann das Personal der freiwilligen Krankenpflege entnommen werden; es stellt das Pflegepersonal für Krankenzüge.

Aus Reserve- und Festungslazarethen werden Verwundete und Kranke an Vereinslazarethe überwiesen. Ausgeschlossen sind ansteckende Kranke, Dienstunbrauchbare und Simulanten.

Freiwilliges Pflegepersonal findet in den Reservelazarethen Verwendung durch Meldung an der staatlichen Annahmestelle, ebenso in belagerten Festungen.

Die freiwillige Krankenpflege richtet Verband-, Erfrischungs- und Ueberwachungsstationen ein. Sie übernimmt bestimmte Verwaltungszweige in den Reservelazarethen oder in den dazu gehörigen Hilfs-lazarethen, z. B. Verpflegung oder Wäschebetrieb.

Im Inlande werden Vereinslazarethe von Orden, Genossenschaften, Vereinen errichtet. Die ärztliche Aufsicht über diese Lazarethe führt der Chefarzt des örtlichen Reservelazareths, der Reservelazarethdirector, der stellvertretende Generalarzt. Für die militärische Disciplin unter den Kranken sorgt ein commandirter Officier. Die Ausstattung der Lazarethe erfolgt durch den Verein, die Haushaltverwaltung wird selbstständig geführt. — Genesende können in Genesungsstationen und in freiwilligen Privatpflegeanstalten Aufnahme finden.

In ausgiebigster Weise ist in den Vereinslazarethen auf Behandlung, Krankenversorgung und Krankenpflege Bedacht genommen. Hier wird die freiwillige Krankenpflege selbstständige segensreiche Thätigkeit entfalten.

Transportcolonnen vermitteln die Ueberführung Verwundeter von den Bahnhöfen nach den Lazarethen und von einem ins andere Lazareth: hier werden besonders die Kriegervereinscolonnen Verwendung finden.

Es harren somit, wie Criegern sagt, der freiwilligen Krankenpflege im Rücken der Deutschen Armee eine Reihe wichtiger Aufgaben. Geht die unüberwindliche Noth hinter dem Schlachtfeld an, so findet der Thatendrang freiwilliger Pflege dort seine vollste Befriedigung und segensreiche Arbeit. Alle Kräfte sind anzu-spornen, um den gewaltigen Aufgaben gerecht zu werden. Das kann nur erreicht werden, wenn schon im Frieden eine freiwillige Mobilmachung „fertig“ ist. Die Folge einer mangelhaften Kriegsvorbereitung ist Planlosigkeit und Verwirrung, die dem Ansehen und der Sache schadet. Eine praktische Kriegsvorbereitung besteht im Ausbau der Vereinsorganisation und der Verbreitung der gesetzlichen Bestimmungen. Criegern klagt mit Recht, wie gering im Allgemeinen noch das Verständniss für die Aufgaben der freiwilligen Krankenpflege sei. Der Verfasser eines Aufsatzes im Militärwochenblatt sagt: es sei der Wahn zu bekämpfen, im Falle der Noth mache sich alles von selber. Gewiss werden sich Quellen aller Art erschliessen, es ist aber nothwendig die Quellen schon vorher zu organisiren und kriegsbereit zu machen. Ruft das Vaterland, so muss auch die freiwillige Krankenpflege „mobil“ sein zum Verbinden der Wunden, die der Krieg schlagen wird.

Die schon erwähnte Ausstellung vom Rothen Kreuz hat bewiesen, dass die freiwillige Krankenpflege in Deutschland mobil ist. Die Ausstellung zeigte u. A. eine Erfrischungs- und Verbandstation, eine Erfrischungs- und Ueberwachungsstation, Arztbaracken, Krankenbaracken, Wirthschaftsbaracken, Küchenzelte mit Hahn'schem Kochherd, Feldschlächtereien, Vereinslazarethe. Von der inneren Einrichtung der Baracken heben wir Folgendes hervor:

#### Badezimmer:

- 1 zusammenlegbare Badewanne mit Ofen,
- 1 Badethermometer,

- |                    |              |
|--------------------|--------------|
| 1 Arm-             | } Badewanne, |
| 1 Fuss-            |              |
| 1 Frottirtuch,     |              |
| 3 Handtücher,      |              |
| 1 Handtuchständer, |              |

- 1 Stuhl,
- 1 Wassereimer,
- 1 Nachtwaschtisch,
- 1 Wasserkrug,
- 1 Waschbecken,
- 1 Seifnapf,
- 1 Nachtgeschirr,
- 1 Spiegel,
- 1 Leuchter,
- 1 Matte (Kokos),
- 1 Wasserspucknapf.

#### Apotheke und Verband- material:

- 1 Feldapotheker,
- 1 Verbandsschrank,
- 1 Verband-Vorrathsschrank,
- 1 Operationseimer,
- 1 Nachtwaschtisch,
- 1 Wasserkrug,
- 1 Waschbecken,
- 1 Seifnapf,
- 2 Handtücher,
- 1 Handtuchständer,
- 1 Spiegel,
- 1 Stuhl,
- 1 Wasserkaraffe,
- 1 Glas,
- 1 Handlaterne,
- 1 Beleuchtungskiste,
- 1 Wasserspucknapf.

#### Operationszimmer:

- 1 Operationstisch, zusammenlegbar,
- 2 Instrumentenkasten, gemischt,
- 2 Taschenbestecke für Aerzte,
- 1 Bakteriologischer Kasten,
- 1 Mikroskop,
- 3 Irrigatoren (Glas, Email, Gummi) mit  
Schlauch und Canüle,
- 2 Glasschaalen, } zur Desinfection
- 2 emaillirte Schaalen, } von Instrumenten,
- 6 Eiterbecken (Glas, Email, Hartgummi),
- 1 Röntgen-Apparat,
- 1 Photographischer Apparat,
- 1 Blechkasten, 1. Hülse,
- 2 Sterilisatoren,
- 1 Glaskästchen für Seide,
- 3 Gläser mit Drains,
- 1 Operationsleuchter,

- 1 Inductionsapparat,
- 1 Inhalationsapparat,
- 4 Injectionspritzen,
- 1 Kästchen mit engl. Schienen,
- 1 Operationseimer,
- 1 Reifenbahn,
- 2 Tische (zusammenlegbar) für Instru-  
mente mit Wachstuchdecken,
- 1 Stuhl,
- 6 Operationsröcke (3 Gummi-, 3 Leinen-),
- 3 Operationsschürzen, leinene,
- 3 Nachtwaschtische,
- 1 Wasserkrug,
- 1 Waschbecken,
- 1 Seifnapf,
- 1 Nagelbürste,
- 3 Handlaternen,
- 1 Handtuchständer,
- 1 Krankenwagen mit grauer wollener  
Decke,
- 1 Beleuchtungskiste.

#### Chefarztzimmer:

- 1 Tisch (zusammenlegbar) mit bunter  
Decke,
- 6 Stühle (zusammenlegbar),
- 1 Nicolai'scher Hausrathskasten (2 Tische  
und Bänke),
- 1 Divan,
- 1 Nachtwaschtisch nach Menger,
- 1 Wasserkrug,
- 1 Waschbecken,
- 1 Seifnapf,
- 1 Handbürste,
- 1 Handtuch,
- 1 Wasserkaraffe mit 6 Gläsern,
- 1 Handtuchständer,
- 1 Uhr,
- 1 Spiegel,
- 1 Schreibzeug,
- 1 Schreibmappe,
- 1 Thermometer (Zimmer-),
- 1 Sanitätsschiff (Modell) Ausstellung  
Berlin 1896.
- 1 Leuchter,
- 1 Spucknapf.

#### Krankenbaracke:

- 16 Feldbettstellen,
- 16 Matratzen (Rosshaar),
- 16 Kopfpolster (Rosshaar),



16 Decken, wollene,	16 Messer und Gabeln,
16 Bettbezüge,	16 Löffel,
16 Kissenbezüge,	16 Theelöffel,
16 Laken,	16 Nachtgeschirre
16 Krankenröcke,	2 Wasserspucknapfe
16 Krankenhosen,	16 Speigläser,
16 Hemden,	16 Schiffsstühle,
16 Paar Strümpfe,	2 Oefen (Cade),
16 Handtücher,	1 Thermometer (Zimmer-),
16 Paar Pantoffeln (Leder),	4 Thermometer (Maximal-),
16 Nachtwaschtische mit Vorhängen,	1 Spiegel,
16 Wasserkrüge	1 Beleuchtungskiste,
16 Waschbecken	1 Aborteimer,
16 Seifnapfe	2 Stechbecken,
16 Suppennapfe	1 Staubbesen,
16 Teller	1 Müllschippe,
16 Trinkbecher	4 Eckbretter mit Gardinen.

Gurlt hat nachgewiesen, dass vor der Genfer Convention 291 internationale Verträge bekannt sind, welche dem Gedanken Dunant's verwandt waren. Der Abschluss der Genfer Convention hat Anlass gegeben zu einer organisirten internationalen Vereinigung, der nach Bircher beigetreten sind: Argentinien, Belgien, Bolivia, Bulgarien, Chile, Congo, Dänemark, Deutschland, Frankreich, Griechenland, Grossbritannien, Italien, Japan, Luxemburg, Montenegro, Niederlande, Vereinigte Staaten von Nordamerika, Oesterreich-Ungarn, Persien, Peru, Portugal, Rumänien, Russland, Salvador, Schweden und Norwegen, Schweiz, Serbien, Spanien, Türkei.

Das Gefühl der gegenseitigen Hilfe, welches in den Verträgen zum Ausdruck kam und in der Genfer Convention zum ersten Mal einen allgemeinen Umfang annahm und weiteren Kreisen kund wurde, veranlasste die Vorstände der nationalen Vereine vom Rothen Kreuz zur Schaffung eines internationalen Comité's vom Rothen Kreuz, welches in Genf seinen Sitz hat und dessen Präsident Moynier ist, einer der Mitbegründer der Genfer Convention. Das Comité, seit der Convention bestehend, schuf 1870 die internationale Agentur zu Basel, die bis zum Ende dieses Krieges bestand, 1877 eine solche in Triest. Das Comité setzt von Zeit zu Zeit internationale Conferenzen an, die letzte fand zu Wien 1897 statt. Sie behandelte die Genfer Convention im Seekrieg, die Einführung der Asepsis, betonte die Kriegsbereitschaft der Vereine vom Rothen Kreuz, den Unterricht des Pflegepersonals für Kriegzeiten u. s. w.<sup>1)</sup>

In Oesterreich sammelten sich die verschiedenen Hilfsvereine, die in den Kriegen der Monarchie reichliche Hilfe geleistet hatten, 1880 zur Oesterreichischen Gesellschaft vom Rothen Kreuz, in Ungarn wirkte der Verein vom Rothen Kreuz in den Ländern der heiligen Krone Ungarns.

<sup>1)</sup> Die Friedensconferenz im Haag will sich mit dem weiteren Ausbau der Genfer Convention beschäftigen.

In der Schweiz wirkt der Schweizerische Centralverein vom Rothen Kreuz.

Das Dänische Rothe Kreuz, die Vereine in Schweden und Norwegen haben wiederholt eine internationale Wirksamkeit entfaltet.

In England vereinigte sich das Westminster Comité, der Britische nationale Verein, das Chafford-House-Comité zu gemeinsamem Handeln in der freiwilligen Kriegskrankenpflege. Der Niederländische Verein zur Gewährung von Hülfe an kranke und verwundete Krieger in Kriegszeiten, der Belgische Verein vom Rothen Kreuz haben sich im Feldzuge 1870 und in den Orientkriegen 1877/78 bewährt.

In Frankreich organisirte sich 1865 ein Verein zur Pflege verwundeter Krieger der Land- und Seemacht. Die Hilfe des Central-Comités während des Feldzuges 1870 war eine sehr schwierige; in Italien bestand ein Central-Comité seit 1872; eine Neubildung desselben fand 1884 in Rom statt. Die Spanischen und Portugiesischen Vereine übten in Anschluss an die Baseler Agentur 1870 ihre Thätigkeit aus. Der Vorgänger freiwilliger Pflegebestrebungen war in Russland eine Invalidenstiftung, die Petersburger patriotische Damengesellschaft, die Gesellschaft zur Pflege verwundeter und erkrankter Krieger, wirkten segensreich während des Serbisch-Türkischen und des Russisch-Türkischen Krieges und constituirten sich zum Russischen Verein vom Rothen Kreuz. Die Bulgarischen und Serbischen Vereine fanden im Serbisch-Bulgarischen Kriege ein reiches Feld der Thätigkeit. Der Verein vom Griechischen Rothen Kreuz leistete in den Kriegsnothständen Beihilfe. Der Rothe Halbmond im weissen Feld, das Zeichen des Ottomanischen Vereins zur Pflege verwundeter Krieger wurde durch internationale Bemühungen unterstützt. Nord- und Südamerika, Peru, die Afrikanische, die kaiserlich-Japanische Gesellschaft vom Rothen Kreuz entwickelten sich theils selbstständig, theils wirkten sie nach Europäischem Muster segenspendend und wohlthätig auf dem Gebiet der Krankenversorgung und Krankenpflege.

In Deutschland darf eine internationale freiwillige Hilfe im Inlande nur ausnahmsweise und nur mit kriegsministerieller Erlaubniss erfolgen.

#### Schlusswort.

Der gesammte Kriegssanitätsdienst aller Nationen muss den wissenschaftlichen und technischen Errungenschaften gemäss schon im Frieden gerüstet und mobil sein. Diese Bereitschaft der Kriegskrankenpflege und Krankenversorgung kann auf zwei Arten gefördert werden.

Das Wesentlichste im Kriege ist die Schaffung von Unterkunftsstätten, das Aussuchen der Plätze für die Sanitätsdetachements, für die Verbandplätze und Feldlazarethe. Zweckentsprechende Dispositionen sind selbstständig zu treffen, um auf Grund der gut gewählten Unterkunft die ärztliche Behandlungsweise anzuwenden. Der Krieg stellt ganz andere Anforderungen an den Militärarzt wie der Frieden, er verlangt eine ganz andere Thätigkeit mit neuen Formationen und unter viel schwereren Verhältnissen; der Feldsanitätsdienst ist ein wichtiger Zweig und schon im Frieden soweit angängig zu üben.

Vorbereitungen für den Kriegsfall im Sanitätsdienst sind deshalb seit einer Reihe von Jahren bei den verschiedenen Nationen in mannigfacher Ausdehnung angestellt wurde. In Deutschland sind solche Uebungen von Knoevenagel, vom Verfasser, von Peltzer und Jacobi und Nicolai empfohlen worden. Sie gewähren den Vorthail zu lernen sich in die Kriegsverhältnisse einzuleben und den gegebenen Verhältnissen gemäss zu disponiren<sup>1)</sup>.

Ein zweiter Punkt die Kriegsbereitschaft des Sanitätswesens zu erhöhen und zu vermehren besteht in dem Austausch der wissenschaftlichen Erfahrungen zwischen den Nationen. Was von einer Nation abgegeben wird an Erfahrungen, fliesst den Verwundeten einer anderen Nation zu. Auf dem Gebiet des Militärsanitätswesens giebt es, wie Virchow sagt, keine Geheimnisse.

Wiederholt ist von dem Chef des Preussischen Sanitätscorps Excellenz von Coler auf die Wichtigkeit eines derartigen Austausches gegenseitiger Erfahrungen auf den grossen medicinischen Congressen unserer Zeit hingewiesen worden. Mit der vollsten Innehaltung unseres nationalen Standpunktes, sagt der Preussische Generalstabsarzt der Armee, lässt sich eine internationale Förderung der Bestrebungen zum Wohle der Verwundeten unschwer vereinigen.

In diesem Sinne wird auch in der Zukunft die Arbeit an der Kriegskrankenpflege und der Krankenversorgung reiche Frucht tragen.

Nur diejenige Armee, sagt Generaloberarzt Haase in seiner bereits erwähnten Preisschrift, wird den Forderungen der Humanität bezüglich der Unterbringung ihrer Verwundeten und Kranken auf dem Kriegsschauplatz nach Möglichkeit entsprechen, welche alle hierauf gerichteten Maassnahmen schon im Frieden soweit trifft, als sie auf deren rechtzeitige Ausführung nach Erlass des Mobilmachungsbefehls nicht mit voller Sicherheit rechnen kann.

Die Bergung aber der Verwundeten und Kranken, sagt der Sanitätsbericht über den Krieg 1870/71, ist nicht nur zeitlich die erste Aufgabe der Sanitätsorgane, sondern auch die Grundlage für jede weitere gedehliche Beistandleistung.

Es gilt als allgemein anerkannt, dass in Deutschland die Pflege und Versorgung des verwundeten Kriegers auf der Höhe der Zeit steht und dass die ausserdeutschen Staaten sich bemühen dem Deutschen Beispiet zu folgen.

Für alle Nationen aber gilt auch in Bezug auf die Kriegskrankenpflege der Grundsatz: *Si vis pacem, para bellum.*

<sup>1)</sup> v. Oven, Tactische Ausbildung der Sanitätsofficiere. Berlin. Eisenschmidt. 1899. Friedheim und Richter, Taschenbuch für den Felddienst des Sanitätsofficiers. Berlin. Hesse. 1899.

### Anhang.

#### Bestimmungen der Kriegs-Sanitäts-Ordnung, welche sich auf die specielle Krankenpflege beziehen mit gleichzeitigem Hinweis auf die entsprechenden Vorschriften der Friedens-Sanitäts-Ordnung.

Begriff des Krankendienstes . . .	K.S.O. § 3, F.S.O. § 3.
Anspruch auf Krankenpflege . . .	K.S.O. § 4, F.S.O. § 4.
Kriegsgefangene . . . . .	K.S.O. § 5.
Truppensanitätsdienst . . . . .	K.S.O. § 24, F.S.O. § 7.
Krankenstuben . . . . .	K.S.O. § 28.
Dienst auf dem Hauptverbandplatz .	K.S.O. § 38.
Dienst im Feldlazareth . . . . .	K.S.O. § 65, F.S.O. § 64 u. folgende.
Krankenpflege an den Etappenorten .	K.S.O. § 103.
Etappenlazarethe . . . . .	K.S.O. § 104.
Dienst im Kriegslazareth . . . . .	K.S.O. § 108, F.S.O. § 64 u. folgende.
Krankenvertheilung . . . . .	K.S.O. § 124 u. folgende.
Krankendienst während der Eisenbahn- fahrt . . . . .	K.S.O. § 149.
Krankendienst auf dem Hilfslazareth- zug . . . . .	K.S.O. § 166.
Pflegepersonal der Krankenzüge . .	K.S.O. § 173.
Sanitätsdienst in Festungen und Festungslazarethen . . . . .	K.S.O. § 181, F.S.O. § 64 u. folgende.
Krankenversorgung in Reservelaza- rethen . . . . .	K.S.O. § 183, F.S.O. § 64 u. folgende.
Vereinslazarethe und Privatpflegean- stalten . . . . .	K.S.O. § 193, 214 und 221.
Specielle Dienstanweisung für Aerzte und Krankenträger des Sanitäts- detachements . . . . .	K.S.O. § 202.
Lazarethaufseher . . . . .	F.S.O. 19, Beilage S. 543.
Dienstanweisung für Krankenwärter .	K.S.O. § 204, F.S.O. 20, Beilage S. 546.

Die Etats sind im zweiten Band (Beilagen) enthalten.

Es kommen in Betracht:

- Beilage 1. Sanitätsausrüstung für Truppen.
- Beilage 5. Medicinisch-chirurgischer Etat für Feldlazarethe.
- Beilage 6. Oekonomischer Etat für Feldlazarethe.
- Beilage 8. Beköstigung.
- Beilage 11. Feldbettstellen.
- Beilage 16. Verhaltungsbefehle für Kranke F.S.O. Beilage 32, S. 628.
- Beilage 41—46. Lazarethzüge.

Ausserdem der Inhalt der Krankenträgerordnung und der Felddienstordnung, soweit sie auf den Sanitätsdienst Bezug haben.



